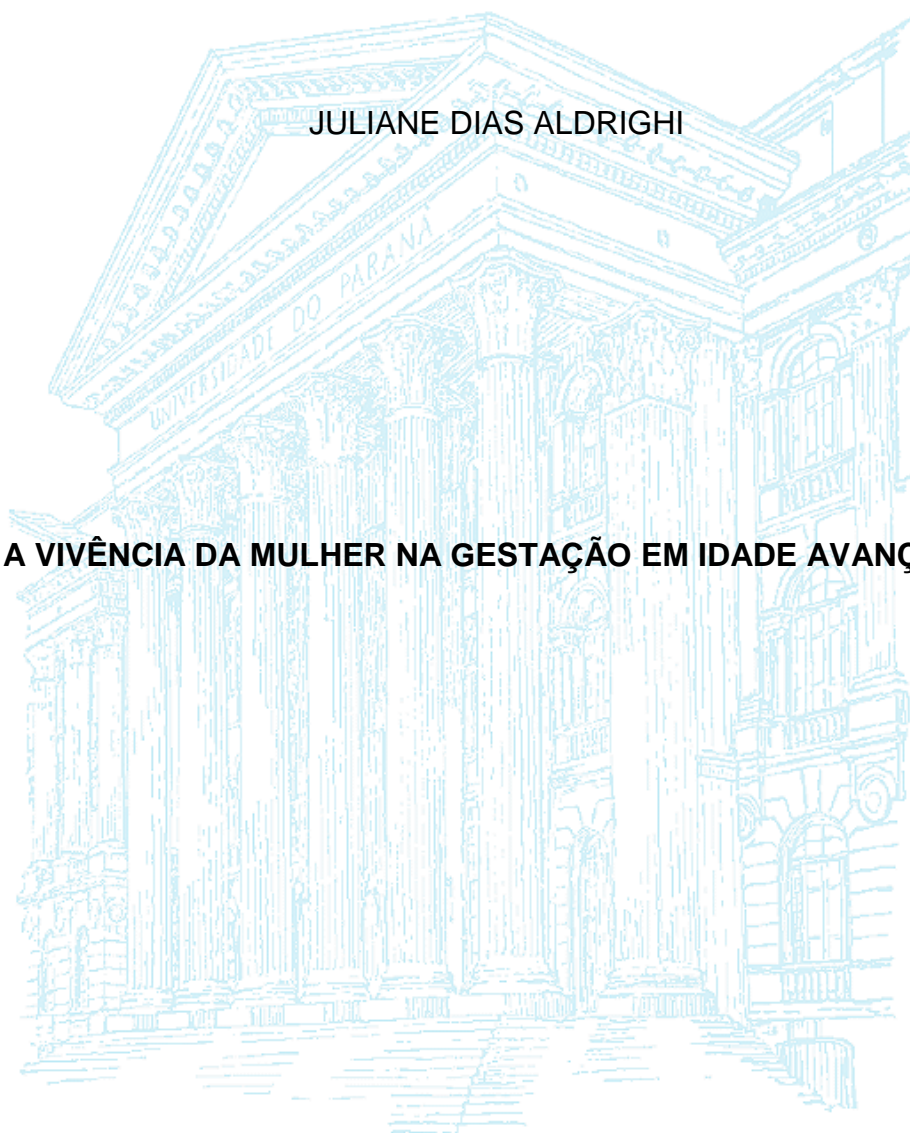


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**JULIANE DIAS ALDRIGHI**

**A VIVÊNCIA DA MULHER NA GESTAÇÃO EM IDADE AVANÇADA**



**CURITIBA**

**2016**

JULIANE DIAS ALDRIGHI

## A VIVÊNCIA DA MULHER NA GESTAÇÃO EM IDADE AVANÇADA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Marilene Loewen Wall  
Coorientadora: Prof. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

CURITIBA

2016

Aldrighi, Juliane Dias

A vivência da mulher na gestação em idade avançada / Juliane Dias  
Aldrighi – Curitiba, 2016.

112 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilene Loewen Wall

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Regina Rossi Kissula Souza.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do  
Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Idade materna. 3. Gravidez I. Wall, Marilene  
Loewen. II. Souza, Silvana Regina Rossi Kissula. III. Universidade  
Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.24




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM  
Código CAPES: 40001016045P7

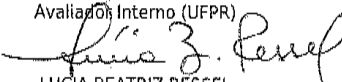
#### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **JULIANE DIAS ALDRIGHI**, intitulada: "**A VIVÊNCIA DA MULHER NA GESTAÇÃO EM IDADE AVANÇADA**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua A PROVAÇÃO.

Curitiba, 18 de Novembro de 2016.

  
MARILENE LOEWEN WALL  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE  
Avaliadora Interno (UFPR)

  
LUCIA BEATRIZ RESSEL  
Avaliador Externo (UFSM)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, a Deus por suas peripécias envolvendo a minha vida e a dos que me rodeiam.

Aos meus pais e família, por estarem presentes mesmo estando longe. Obrigada por sempre me incentivarem e não medirem esforços para que eu pudesse estudar e trilhar meus caminhos.

Ao meu companheiro, Kiprian, o maior incentivador de tudo isso. Obrigada por torcer por mim, por sofrer comigo, por me acalmar e sempre estar presente para me apoiar quando preciso. Obrigada por fazer parte da construção desse sonho e também por sonhar junto comigo.

Aos colegas, que fizeram os dias mais árduos parecerem mais amenos, agradeço a amizade, que foi além da sala de aula, principalmente à Fernanda Cassanho, Flávia, Gisele, Jessyca, Michelle e Vanessa. Obrigada pelos momentos de descontração, pelo companheirismo e apoio. Tudo ficou mais divertido com vocês!

À minha professora Orientadora, Marilene Loewen Wall, pelos momentos de aprendizado, compreensão, apoio e incentivos constantes. Obrigada por acreditar em mim e por me receber de forma tão carinhosa.

À minha Coorientadora, Silvana Regina Rossi Kissula Souza, por todo o apoio e conhecimento. Obrigada pelas leituras sempre atentas e pelas sugestões que enriqueceram esse estudo.

Às professoras membros titulares da banca examinadora de qualificação e defesa, Dra Márcia Helena de Souza Freire e Dra Lúcia Beatriz Ressel, pelas valiosas contribuições e sugestões.

Às professoras membros suplentes da banca examinadora de qualificação e defesa, Dra Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Dra Maria Cristina Paganini e Dra Stela Maris de Mello Padoin, por terem aceitado o convite. Um agradecimento especial à Prof. Stela que me proporcionou durante a graduação adentrar no mundo acadêmico, e é uma grande inspiração para que eu siga em frente nessa trajetória.

Aos membros do grupo de pesquisa NEPECHE, pelos momentos de conhecimentos compartilhados, principalmente à Mariana pelo companheirismo e carinho durante esse trajeto.

Ao Hospital de Clínicas da UFPR por abrir as portas da instituição e conceder o espaço para que essa pesquisa pudesse ser concretizada.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR pela oportunidade de crescimento profissional. A todos os professores pelos momentos de grande aprendizado durante esses dois anos.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

## RESUMO

ALDRIGHI, Juliane Dias. A vivência da mulher na gestação em idade avançada. 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

A gestação em idade materna avançada tem se tornado realidade diante das mudanças ocorridas na sociedade nas últimas décadas. Muitos estudos mostram a relação entre idade materna avançada e complicações durante a gestação, porém são poucos os que trazem uma abordagem qualitativa no intuito de conhecer as experiências vivenciadas pelas mulheres em idade avançada. Nesse sentido, o presente estudo tem como questão norteadora: “Qual é a vivência de mulheres na gestação em idade avançada?” e como objetivo: descrever a vivência de mulheres na gestação em idade avançada. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, para qual se utilizou entrevistas semiestruturadas como técnica de coleta dos dados. A seleção das participantes ocorreu de forma intencional e a coleta de dados foi realizada de dezembro de 2015 a abril de 2016, em sala reservada no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco de um hospital universitário do sul do Brasil. As participantes da pesquisa foram 21 gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Para o processamento dos dados foi utilizado o *software* Iramuteq que aplica análises estatísticas em dados textuais qualitativos. Dentre os diferentes tipos de análise, empregou-se a Classificação Hierárquica Descendente. A análise dos dados se baseou na proposta de John W. Creswell (2010), que guia a pesquisa com seis passos desde a coleta até a interpretação dos dados. Essa pesquisa faz parte de um projeto maior aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o Parecer de n. 1.155.166. Os resultados apresentam uma caracterização das gestantes em idade avançada e seis classes temáticas: Ambivalência: do medo à felicidade; O (não) planejamento e o divino; (Re)organização familiar: do apoio a não aceitação; Maturidade como uma facilidade à maternidade; A idade avançada e a percepção do risco; e, A idade biológica do corpo dificultando a gestação. Os resultados refletem a vivência da mulher gestante em idade avançada que experiencia medos, alegrias, questões relacionadas ao planejamento familiar, o apoio da família frente à gestação em idade avançada, as percepções de risco, a maturidade como um facilitador da gravidez nessa idade e as dificuldades relacionadas com as mudanças do corpo cronologicamente “velho” na visão biológica. Percebe-se a necessidade de proporcionar maior atenção e cuidados para as mulheres nessa faixa etária, no sentido de captá-las desde a atenção primária para orientações de saúde reprodutiva e, quando no pré-natal, existir consultas de enfermagem para que o enfermeiro possa abordar questões além da perspectiva de risco.

Palavras-chave: Enfermagem. Idade materna. Gravidez.

## **ABSTRACT**

ALDRIGHI, Juliane Dias. The experience of pregnant woman in advanced age. 2016. 112 p. Master Thesis. Nursing Master - Post graduate Nursing Program, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

The pregnancy in advanced maternal age has become a fact towards the changes occurred in society the last decades. Many studies reveal the relation between advanced maternal age and some complications during pregnancy, however there are few people who demonstrate a qualitative approach in order to knowing the experiences lived by women in advanced age. Regarding this issue, the current study has as a guiding question: "What is the experience lived by women in advanced maternal age?" and as an intention: to describe the experiences of women in advanced maternal age. It is about a qualitative and descriptive research in which semi instructed interview were applied as a data collection method. The sorting of participants happened through an intentional procedure and the data collection was between December in 2015 and April in 2016, in a private room of a high risk prenatal care first aid post of a university hospital in the south of Brazil. The participants of the research were 21 pregnant women aged 35 years old or even more. It was used an Iramuteq software for the data processing which applies statistics analyses in qualitative textual data. Among the different types of analysis, it was adopted the Hierarchical Descendant Classification. The data analysis was based on de John W. Creswell (2010) proposal which guides the research in six steps since the collection until the data interpretation. This research takes part of a major project approved by the Research Ethic Committee involving human beings belonging to n. 1.155.166 legal opinion. The results present a characterization of the pregnant women in advanced age and six thematic classes: Ambivalence: from fear to happiness; the (un)planned and the divine; The familiar (re)organization: from support to denial; Maturity as an opportunity to maternity; The advanced age and risk perception; and, The body biological age restricting the pregnancy. The results reflect the reality of pregnant woman in advanced age that experiences fears, joy and issues related to family planning, the support of the family regarding the pregnancy in advanced age, the perceptions of risk, the maturity as a pregnancy supporter in this age and the difficulties related to the changes of the chronological "old" body in a biological view. It can be noticed the need of affording a bigger attention and care to the women in this age group in order to call women attention to the reproductive health assistance and when there are prenatal care nursing appointments so that the nurse can discuss issues beyond risk perspectives.

Key Words: Nursing. Maternal Age. Pregnancy.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 –	FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES PARA A REVISÃO INTEGRATIVA, BASEADO NO MODELO PRISMA.....	29
FIGURA 2 –	ANÁLISE DOS DADOS NA PESQUISA QUALITATIVA.....	53
FIGURA 3 –	DENDOGRAMA DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ.....	57
FIGURA 4 –	RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ.....	61
FIGURA 5 –	DENDOGRAMA DAS CLASSES COM OS VOCÁBULOS CARACTERÍSTICOS.....	61

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA.....	32
QUADRO 2 –	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DAS GESTANTES COM 35 ANOS OU MAIS.....	60

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES NO BRASIL	17
2.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES	20
2.3 AS EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES NA GESTAÇÃO EM IDADE MATERNA AVANÇADA: REVISÃO INTEGRATIVA	25
<b>3 METODOLOGIA</b>	47
3.1 TIPO DE ESTUDO	47
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	48
3.3 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	49
3.4 COLETA DE DADOS	50
3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	51
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	58
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	59
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES	59
4.2 CLASSES	60
4.2.1 Classe 1 – Ambivalência: do medo à felicidade	62
4.2.1.1 O medo do aborto	62
4.2.1.2 Preocupação com a saúde do bebê	63
4.2.1.3 O medo do parto	64
4.2.1.4 Para além dos medos: felicidade	66
4.2.2 Classe 2 – O (não) planejamento e o Divino	67
4.2.3 Classe 3 – (Re)organização familiar: do apoio a não aceitação	72
4.2.3.1 (Re)construindo a família	72
4.2.3.2 O apoio familiar	74

4.2.3.3 A não aceitação da gestação .....	75
4.2.4 Classe 4 – Maturidade como uma facilidade à maternidade .....	76
4.2.5 Classe 5 – A idade avançada e a percepção do risco.....	80
4.2.6 Classe 6 – A idade biológica do corpo dificultando a gestação.....	83
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez, como um evento social integrante da vida reprodutiva de homens e mulheres, é um processo singular, uma experiência única no universo da mulher e de seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade. A gestação constitui uma experiência humana muito significativa, uma vivência com um potencial positivo e enriquecedor para todos que estão implicados nesse processo. (BRASIL, 2013a).

Atualmente, percebe-se um fenômeno que alcança todo o mundo que é o adiamento da maternidade. Nos últimos 30 anos, os índices de natalidade vêm decrescendo e a média de idade materna aumentando progressivamente. (SALEM et al., 2010; OJULE; IBE; FIEBAI, 2011). Muitos são os fatores que contribuem para esse cenário, sejam eles: aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho, crescimento das oportunidades na educação e na carreira, assim como o desenvolvimento da medicina reprodutiva como planejamento familiar e métodos contraceptivos. Trata-se de conjunturas que contribuem para um contexto social de maternidade diferente do que era visto há poucos anos atrás. (PARADA; TONETE 2009; BAYRAMPOUR et al., 2012).

Muito embora as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos ainda estejam em idade reprodutiva, sabe-se que historicamente a idade de reprodução tem sido associada a faixas etárias menores. Condição associada à clássica função social da mulher ligada à ocupação doméstica não remunerada, e com principais objetivos, o casamento e a procriação. (PARADA; TONETE, 2009).

A ampla oferta de métodos contraceptivos e sua distribuição gratuita também provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher, a partir dos anos 1960, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Isso se deve, inclusive, à existência de programas voltados à educação sexual, que proporcionam às mulheres informações sobre saúde reprodutiva nos diversos contextos sociais e emocionais, o que colabora para escolhas informadas para o planejamento das gestações e partos. (BRASIL, 2001; GABANI; SANT'ANA; ANDRADE, 2010).

Pesquisas mostram a tendência mundial do adiamento da maternidade para idades iguais ou superiores a 35 anos (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2009). Esse aumento se reflete em todos os continentes

do mundo e traz um novo conceito associado às alterações demográficas: “transição da fecundidade”. Essa transição se dá pelas mudanças comportamentais da sociedade, e modifica o perfil quantitativo de nascimentos para patamares relativamente baixos, de maneira que a transição da fecundidade está estritamente relacionada à queda da natalidade. Associada a essa queda de natalidade está a alteração no padrão etário, ou seja, vem se modificando também a idade em que as mulheres têm seus filhos. (IBGE, 2015).

Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – o DATASUS – mostram que, no Brasil, o número de nascidos vivos entre mulheres de 35 a 59 anos aumentou 86%, de 1994 a 2014, ou seja, de 196.016 para 364.389 nascidos vivos. No que concerne às regiões, no Norte o crescimento foi de 29%; no Nordeste, 96%; na região Sudeste, 93%; na Centro-Oeste, 193%; e, na região Sul, 25%. No estado do Paraná o aumento foi de 34%, de 14.949 nascimentos para 20.048 no mesmo período. (BRASIL, 2014).

Em 1997 foi publicada a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, com apoio do MS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que trouxe a distribuição das parturições por idade materna no Brasil, e permitiu a mensuração das tendências históricas de fecundidade. Chama a atenção dos pesquisadores que nessa época a história reprodutiva com complicações estava associada ao aumento da faixa etária da gestante, e apontava para os resultados da gravidez mais suscetíveis a desfechos indesejados. Além do que, se evidenciou a redução substancial na taxa de fecundidade por idade, pois a média geral para todas as mulheres era de 2,3 filhos nascidos vivos, sendo que a proporção de mulheres com mais de 35 anos estava abaixo de 5%. (PNDS, 1997). Em 2006, em novo estudo nacional sobre Demografia e Saúde, a média de filhos por mulher caiu para 1,77 (PNDS, 2008), índice que se mostrou estável até o censo de 2013, porém, com aumento da proporção de mulheres em idade avançada para 11%. (IBGE, 2015). Na literatura mundial, o relato da proporção de parturições nas mulheres com idade igual ou maior a 35 anos também é de 11% (JOHNSON; TOUGH, 2012), evidenciando que o Brasil, apesar de ser um país em desenvolvimento, está acompanhando as tendências dos países desenvolvidos em relação às modificações reprodutivas das mulheres.

Embora haja vantagens na decisão pela gestação tardia, ela ainda é associada a eventos obstétricos adversos. Em comparação com mulheres mais

jovens, no grupo de mulheres com mais de 35 anos, estudos mostram mais abortamentos espontâneos e induzidos, maior risco para mortalidade perinatal, gravidez ectópica, baixa vitalidade do RN, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos para idade gestacional (BRASIL, 2001; SANTOS et al., 2009; GAMBOA et al., 2010; SALEM et al., 2010; GONÇALVES; MONTEIRO, 2012; GRAVENA et al., 2012).

Tratando-se de um evento fisiológico, a gestação se desenvolve, na maior parte dos casos, sem intercorrência. Entretanto, existe uma parcela de gestantes que, por características individuais, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável da gestação. Essas são denominadas de “gestantes de alto risco”. (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde (MS) baseia-se no conceito de que a gestação de alto risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido (RN) têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (BRASIL, 2012a, p. 11). Toda gestação traz riscos tanto para a mãe quanto para o feto, porém em pequeno número delas esse risco é potencializado por algum fator. Dito isso, o MS reúne fatores de risco em três grupos, quais sejam: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; condições clínicas preexistentes. Ainda há os fatores de risco que se referem a condições ou complicações que podem surgir no decorrer de uma gestação e transformá-la numa gestação de alto risco: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual; intercorrências clínicas. (BRASIL, 2012a).

Dentre os fatores de risco identificados, aponta-se que a idade materna é considerada como um fator gerador de risco para a gestação, tornando-se, segundo o MS, gestações de alto risco. As gestações que ocorrem em mulheres com idade igual ou maior a 35 anos são consideradas, ainda pelo MS, como gestações em idade materna avançada ou tardias, e possuem maior probabilidade de complicações durante a gravidez. Essas gestantes são classificadas no grupo de risco de características individuais desfavoráveis (BRASIL, 2012a).

Inúmeros estudos sugerem maiores complicações tais como: incidência crescente de anomalias cromossômicas, síndromes hipertensivas, maior ganho de peso, presença de obesidade, miomas, diabetes gestacional, aborto e necessidade de realização de cesárea (BRASIL, 2001; SANTOS et al., 2009; GAMBOA et al.,

2010; OJULE; IBE; FIEBAI, 2011; GONÇALVES; MONTEIRO, 2012; GRAVENA et al., 2012). Entretanto, recente estudo (PARADA; TONETE, 2009) destacou que a idade, por si só, pode não se constituir em fator de risco, pois um bom controle durante o período pré-natal e uma adequada assistência no trabalho de parto e parto condicionam prognósticos maternos e perinatais semelhantes aos das gestantes mais jovens.

Entende-se que é necessário haver o fortalecimento das iniciativas governamentais para a promoção integral à saúde da mulher, valendo-se dos resultados encontrados na prática para formular e solidificar as políticas que norteiam o cuidado na saúde.

Acredita-se que a Enfermagem tem papel fundamental na promoção da saúde, sendo assim, este estudo pode dar uma dimensão da realidade das gestações tardias e conhecer possibilidades de cuidado a esse segmento específico da população, e também, de intervir previamente em situações complicadoras advindas, tanto físicas quanto emocionais.

A motivação para este estudo partiu da vivência da própria pesquisadora enquanto Enfermeira assistencial de um hospital de referência para gestações de alto risco. Ao prestar atendimento às gestantes no serviço de pronto atendimento, percebeu-se um número significativo de mulheres gestantes com idade maior de 35 anos. Ao identificar essa característica nas gestantes, publicações científicas foram pesquisadas a fim de se compreender melhor a tendência da gestação em idade materna avançada. Nas buscas realizadas, comprovou-se a ampla literatura existente sobre o assunto, porém, a maioria das publicações volta o olhar para o aspecto biomédico desse tipo de gestação, em detrimento da visão do fenômeno em si como uma experiência repleta de significados vivenciada pela mulher.

A vivência, conforme o dicionário Michaelis, é "algum fato ou situação pelos quais se passou e dos quais se tirou algum conhecimento, experiência" ou "tudo aquilo que se viveu, que faz parte da vida de uma pessoa" (MICHAELIS, 2015). A palavra vivência, em alemão *Erlebnis*, começou a ser utilizada por filósofos do século XX, mas no sentido de “aventura”, de “coisa vivida”. Com Dilthey, o termo ganhou um significado mais profundo, em que a vivência é algo revelado “no complexo anímico dado na experiência interna”, sendo um modo de a realidade existir para um determinado sujeito. Reforça que a vivência é sempre consciente de



si mesma e é um instrumento fundamental da compreensão histórica e inter-humana. (ABBAGNANO, 2000).

Desse modo, difere da experiência, que é a participação do indivíduo em situações repetíveis a ponto de essas situações serem capazes de proporcionar uma resolução de problemas caso ocorra novamente. (ABBAGNANO, 2000). Portanto, a vivência está sempre na experiência e esses dois fenômenos acabam se completando.

Como já citado, encontraram-se poucas publicações relacionadas à experiência da mulher em idade avançada nesse período, em vista disso formulou-se a questão norteadora: Qual é a vivência da mulher na gestação em idade avançada? Para responder à questão que norteia esse estudo, tem-se como objetivo descrever a vivência de mulheres na gestação em idade avançada atendidas no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

O objetivo inicial dessa revisão de literatura foi conhecer o estado da arte sobre a gestação em idade avançada. A busca na literatura deu-se, em princípio, a partir de bases de dados *on-line* com os descritores “*maternal age*” e “*high risk pregnancy*”, pois a literatura evidencia, inclusive o Ministério da Saúde ratifica, que a idade avançada é um fator de risco para a gestação de alto risco. Em vista disso, percebeu-se grande número de publicações que se associaram com as complicações e os resultados adversos advindos da idade materna tardia. Entende-se que as complicações inegavelmente estão articuladas com a maternidade em idade avançada, porém o foco desta pesquisa é conhecer qual é a vivência da mulher que gesta nesta idade. Sendo assim, foram realizadas diversas buscas que levassem a estudos qualitativos, os quais poderiam dar embasamento teórico quanto à visão da mulher e seus sentimentos sobre a gestação em idade avançada.

Optou-se por realizar uma revisão integrativa, a fim de buscar, avaliar e sintetizar as evidências sobre o tema. É apresentado o artigo: “As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa”, resultante da revisão de literatura que proporcionou conhecer sobre o estado da arte a respeito dessa temática, a partir da visão das mulheres. O artigo foi publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP, volume 50, número 3, ano 2016.

Para contextualizar o tema proposto em tempo e espaço, também se optou por apresentar um breve histórico das políticas públicas para as mulheres no Brasil e a Enfermagem no cuidado às gestantes. Para o desenvolvimento dessas duas seções foi consultada base de dados científicos da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, periódicos, manuais, legislação, políticas e diretrizes do SUS, sistemas de informação, bem como livros específicos da área obstétrica.

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES NO BRASIL

As políticas públicas formulam objetivos, diretrizes e ações que pretendem garantir os direitos das populações a quem são destinadas. Na saúde, pretendem atender às demandas e desafios da prática e assim direcionar as ações de cuidado

aos pacientes. Por isso, buscou-se suporte nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher de modo geral e à saúde da gestante.

As primeiras políticas públicas relacionadas à saúde da mulher surgiram no Brasil no início do século XX, e desde já, eram voltadas para a gravidez e o parto. (BRASIL, 2011a).

Os primeiros programas maternos infantis surgiram com uma visão limitada em relação à mulher, associados apenas às suas particularidades biológicas e na responsabilidade de criação dos filhos. Até a década de 1970, a saúde da mulher era voltada apenas para a sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados no ciclo gravídico-puerperal. (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Algumas características desses primeiros programas eram a preconização da proteção aos grupos de risco maternos e infantis de maior vulnerabilidade, porém se tratavam de programas verticais e sem integração com outros, e como resultado o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. (BRASIL, 2011a).

Após 1970, houve uma articulação dos movimentos sociais na busca pela redemocratização do país e, por consequência, a melhora das condições de vida da sociedade brasileira. Destaca-se nesse período a reforma sanitária, frisando o direito à saúde como um direito de cidadania de toda a população. Aliado a isso, um forte movimento de mulheres discutia sobre as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres e debatia sobre os problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina, pleiteando ações que proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida da mulher. (NETO et al., 2008).

No início de 1980, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), regulamentou a obrigatoriedade do alojamento conjunto em sua rede assistencial, uma medida para aumentar o vínculo entre mãe/bebê e favorecer o aleitamento materno. Apesar de restrita a abrangência desta medida, iniciou-se a concepção da necessidade para a implementação de práticas humanizadas no parto e puerpério. (NETO et al., 2008).

Em 1983, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou as ideias do movimento feminista para a formulação de ações para a atenção integral à saúde das mulheres e seus bebês. As ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, marcando, sobretudo, uma ruptura do conceito das antigas

políticas públicas relacionadas à saúde das mulheres e mudanças nos critérios para inclusão de prioridades nesta área. (BRASIL, 2013b).

O PAISM incorporou os princípios norteadores da reforma sanitária e os princípios que iriam ser o arcabouço do Sistema Único de Saúde (SUS), como a descentralização, hierarquização, regionalização, equidade, assim como de participação social. Incorporou também a assistência em todas as fases da vida, ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas através do perfil populacional. (BRASIL, 2013b).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, com forte participação dos setores sociais, ocorreram discussões cruciais para a transformação do sistema de saúde, em que foi idealizado e proposto um sistema descentralizado, universal, integral e dependente da participação social. Assim, a Constituição Federal de 1988 foi fundamentada nesses princípios para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e intensificação da assistência à mulher e à criança. Na Constituição Federal de 1988 diversos direitos sociais envolvem a saúde da mulher e da gestante: a proteção à maternidade e à infância; proteção ao mercado de trabalho da mulher; a licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário; a assistência gratuita aos filhos e dependentes, desde o nascimento até cinco anos de idade em creches e pré-escolas; a proteção especialmente à gestante; e ao planejamento familiar.

No ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantado com a Portaria GM/MS n. 569, foi criado com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, através da organização dos serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência. (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) criada em 2004, reafirma as ações propostas pelo PAISM em 1983, cresce como política pública e amplia o olhar para a assistência às mulheres. A PNAISM contempla ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento dos principais agravos que afetam a saúde das mulheres, como por exemplo, o câncer de colo do útero, câncer de mama, gravidez de alto risco e violência contra a mulher. (BRASIL, 2011a).

Em 2005, por meio da portaria GM/MS n. 1067/2005, é instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal que tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de

gestantes e recém-nascidos, focada principalmente na ampliação do acesso aos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério no intuito de incrementar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal. (BRASIL, 2005a).

Mais recentemente, a Rede Cegonha é lançada como uma estratégia governamental, regulamentada pela portaria GM/MS n. 1.459/2011, com o intuito de implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011b).

Pode-se perceber, com a cronologia das políticas e ações voltadas à mulher/mãe e seu filho, grande evolução no âmbito das políticas públicas no Brasil, permitindo maior qualidade de vida e integralidade na promoção da saúde materna e infantil.

Evidencia-se, também, que há ênfase em populações específicas como as gestantes adolescentes, as mulheres negras, indígenas, portadoras do vírus HIV, que inegavelmente são grupos vulneráveis da nossa população e merecem atenção especial. Porém, em nenhuma dessas políticas são citadas ações específicas para as mulheres gestantes em idade tardia, mesmo tendo uma literatura vasta que as coloca em um grupo de risco para resultados adversos das gestações.

Entende-se que há um déficit de atenção a essas mulheres, pois elas também apresentam características especiais vinculadas a sua faixa etária e à gestação, que necessitam de cuidado especializado.

## 2.2 CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES

Para Wall (2008, p. 20), o cuidado de Enfermagem consiste “na essência da profissão e pode contribuir para potencializar a expressão do ser humano na sociedade”. O cuidado vai além do conceito de prestar assistência, pois perpassa o mero fazer e está fundamentado em um conjunto de conhecimento teórico e prático que guiam e embasam as ações, os objetivos e as metas de cuidado a serem alcançadas pela enfermeira. Nessa perspectiva, justifica-se a utilização do termo cuidado de enfermagem, pois ele abrange em sentido amplo a atuação da

enfermeira perante as ações de saúde prestadas à sociedade, mais especificamente às gestantes, as quais são objeto de estudo desta pesquisa.

O cuidado de enfermagem à gestante se inicia no entendimento de que a gestação é um fenômeno fisiológico, um acontecimento na vida da mulher que envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. É um momento de importantes modificações corporais, características de sua condição gravídica, além de modificações nos papéis que a mulher exerce, passando da condição de só filha para a de também mãe, com a vivência de diversas experiências novas que esta fase traz. (BRASIL, 2012a).

Com a gestação há também um reajuste no relacionamento conjugal e familiar e nas atividades profissionais, influenciando as relações sociais da mulher. (PICCININI et al., 2008). Essas mudanças influenciam nos aspectos emocionais, corroborando os medos, a insegurança e a ansiedade, comuns em qualquer gestação em vista da expectativa de ter uma gravidez e um recém-nascido saudáveis. Nas gestações em idade materna avançada, essas preocupações são acentuadas por um fator estressor, dado pela consciência de sua condição de risco. Situação esta que pode exacerbar o medo da perda do bebê, o medo da própria morte, ou que o recém-nascido desenvolva algum problema de saúde. (LUCIANO; SILVA; CECCHETTO, 2011).

Por isso, faz-se importante o papel da enfermeira durante a gestação. É um momento sensível que requer atenção não somente para as importantes questões biológicas, mas também, para o atendimento humanizado, com percepção das questões emocionais e sociais implícitas no processo de gestação. Espera-se que a enfermeira assuma uma postura acolhedora, capaz de esclarecer as dúvidas e ajudar a gestante a enfrentar os medos normais desse processo. A educação em saúde deve permear esse contexto em que a enfermeira compartilha as informações esperadas pela mulher, fortalece o vínculo entre profissional/paciente e atua na promoção do cuidado integral. (SHIMIZU, LIMA; 2009).

No Brasil, a enfermeira é respaldada legalmente desde 1986, por meio da Lei do Exercício Profissional (n. 7.498/86), para assistir à mulher no ciclo gravídico puerperal conforme o artigo 11, inciso II, alíneas “g”, “h” e “i” que dispõem respectivamente sobre: prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; acompanhamento da evolução do parto e trabalho de parto; execução do parto sem distocia. Essas atribuições foram

reafirmadas pela Resolução n. 516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e que ainda acrescenta como uma competência da enfermeira a participação em programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva. (COFEN, 2016).

A atuação da enfermeira nesta etapa do ciclo de vida da mulher deve contemplar ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde durante a gestação e após o parto, garantindo à mulher e sua família condições de bem-estar físico, psíquico e social. O cuidado deve ser contínuo e integral, contemplar todas as dimensões que permeiam a vida da mulher em especial na gestação, e estar pautado nas políticas públicas com ênfase nos aspectos da humanização do cuidado em enfermagem. (BRASIL, 2013b).

Essas dimensões devem ser abordadas pela enfermeira durante a consulta de pré-natal, com vistas ao desenvolvimento do vínculo e da confiança entre profissional/gestante/família. É importante salientar que a presença do pai deve ser estimulada para o fortalecimento do trinômio mãe-bebê-pai no preparo para o parto e nascimento. (BRASIL, 2005b).

O pré-natal tem como objetivo a promoção à saúde das gestantes e recém-nascidos, estabelecendo ações de prevenção, diagnóstico e manuseio clínico da saúde da gestante. O conjunto de atividades realizado nesse período deve garantir a qualidade do serviço e a acessibilidade ao cuidado, o acesso a exames laboratoriais, e o processo de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção. (BRASIL, 2012b).

O acompanhamento às gestantes deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, à qual a enfermeira deve estar inserida, com o principal objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto, ou o menor possível, para a saúde materna, dando ênfase às atividades educativas e preventivas. (BRASIL, 2012b).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou a Unidade Básica de Saúde (UBS) devem ser a porta de entrada principal da gestante. São os serviços que proporcionam acompanhamento contínuo da gestante e onde são realizadas as primeiras avaliações das necessidades de cada usuária segundo protocolo do MS. Depois da avaliação, a gestante é encaminhada, se necessário, para serviços especializados como redes de média e alta complexidade, rede de urgência e emergência, rede de atenção psicossocial, entre outras redes de assistência, por

meio da pactuação das formas de referência e contrarreferência do SUS. (BRASIL, 2012b).

Em todo esse processo, destaca-se a ativa inserção da enfermeira no cuidado às gestantes. Além de ser uma atividade de sua competência como supracitado, conforme o COFEN e a Lei do Exercício Profissional, sua atuação também é estimulada desde a implantação da PAISM (1984), quando da sua inserção na equipe de saúde.

No Manual Técnico de Pré-natal de Baixo Risco (2012b) são pontuadas as ações que a enfermeira desempenha no cuidado à gestante no pré-natal. Não há disposto pelo MS diretrizes de atenção de enfermagem no pré-natal de alto risco. Embora essa abordagem seja um pouco diferente das gestações de baixo risco, alguns aspectos referentes ao apoio, à escuta qualificada considerando suas preocupações e angústias são atribuições importantes e devem estar presentes em todas as consultas que a enfermeira realiza. Outras atribuições são a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública (como o pré-natal) e em rotina aprovada pela instituição de saúde, além de outras atividades como grupo de gestantes e sala de espera.

A enfermeira que cuida da mulher no pré-natal é uma peça chave para a atenção à saúde de qualidade e educação em saúde. Embora o cuidado requeira conhecimentos técnicos e científicos, a enfermagem deve ter uma visão ampliada sobre todo o processo gestacional, como fatores sociais, econômicos e familiares que também influenciam no seguimento sadio de uma gestação. Assim, devem ser incluídas ações que permitam trocas de conhecimentos e experiências individuais e/ou coletivas, ampliando essas ações ao pai e familiares. (BRASIL, 2005b).

Reitera-se que na gestação em idade materna avançada a mulher está inserida em um contexto de risco gestacional, conforme as diretrizes do MS e estudos relacionados, porém esse risco é percebido de diferentes maneiras pelos profissionais e pelas gestantes. Aqueles avaliam o risco de maneira objetiva, baseados em protocolos e evidências científicas que norteiam a prática. Enquanto as gestantes empregam uma noção subjetiva de risco, medindo-o de acordo com os seus próprios valores e experiências anteriores.

Nessa ótica, é essencial que as enfermeiras compreendam essas diferenças de percepção para melhorar a relação entre ambos e o entendimento da gestante



sobre sua situação. Durante os cuidados de enfermagem pode igualmente ser necessário "traduzir" as estatísticas de risco em informações acessíveis. Dessa forma, as enfermeiras ajudam a preencher a lacuna entre a apresentação estatística objetiva do risco e a avaliação subjetiva em que as mulheres vivenciam e compreendem. Para tanto, entende-se que, ao se dar maior ênfase para a gravidez como um evento normal de vida, também se contribui a reduzir preocupações e se permite que a mulher contextualize sua experiência de gravidez de risco. (CAROLAN, 2009).

As enfermeiras devem procurar oportunidades que propiciem a adaptação das mulheres em idade avançada, pois esta possui especificidades como os riscos obstétricos conhecidos ou não, a dicotomia entre o envelhecimento do corpo e a maturidade psicológica para a chegada de um bebê, o estilo de vida independente e a complexidade familiar e social. Os riscos obstétricos, potencializados pela idade avançada, nem sempre são conhecidos pelas gestantes. (GUEDES, 2014). Fato comprovado pelos resultados da revisão integrativa contida na próxima seção deste trabalho. As enfermeiras devem prestar seu papel de educadores em saúde e disponibilizar conhecimento e informação a fim de proporcionar um desenvolvimento físico e emocional saudável da gestação.

Usualmente, no Brasil, os serviços que oferecem o pré-natal dispõem de grupos de gestantes que propiciam às mulheres discutirem suas preocupações. No entanto, nota-se que esse processo pode estar baseado no risco e na imposição de normas comuns a serem seguidas por todas para o melhor desenvolvimento da gestação. Assim, é necessário um momento para compartilhar experiências com mulheres que estejam passando pela mesma situação durante os grupos, mas também que as orientações e informações sejam individualizadas, focadas na necessidade de cada gestante e seu contexto familiar, social e cultural. (SHIMIZU; LIMA, 2009; OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Para além dos riscos obstétricos, a gestante em idade avançada passa pela transição da vida adulta para a meia idade, ou seja, muitas vezes a gestação pode ser coincidente com o período em que a mulher vivencia a diminuição da fertilidade e as mudanças hormonais advindas da chegada da perimenopausa. Muitas mulheres com gravidez tardia relatam dificuldades no enfrentamento da gestação relacionadas às mudanças físicas do corpo, como padrão irregular do sono, irritabilidade acentuada, cansaço e falta de disposição e flexibilidade de um corpo

mais jovem. Esses fatores podem acrescentar mais desequilíbrios emocionais e físicos aos já ligados ao risco obstétrico. (EDWARDS, 2002).

### 2.3 AS EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES NA GESTAÇÃO EM IDADE MATERNA AVANÇADA: REVISÃO INTEGRATIVA

#### **The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review<sup>1</sup>**

#### **Las experiencias de las mujeres en la gestión en edad materna avanzada: revisión integradora**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Identificar na literatura como são descritas as experiências das mulheres com idade igual ou superior a 35 anos na gestação. **Método:** Revisão integrativa realizada nas bases de dados MEDLINE/PubMed, CINAHL, LILACS e SciELO, sem restrição de período. **Resultados:** Foram selecionados e analisados 18 estudos que tratavam das experiências das mulheres na gestação em idade avançada. Os estudos evidenciaram quatro categorias temáticas: A busca por informações, que mostrou aspectos como déficit de informações fornecidas pelos profissionais da saúde; Percebendo os riscos, que apontou uma preocupação da mulher com a própria saúde e a do filho; Momento ideal para a maternidade, com diferentes motivos para o adiamento; e Adaptação à nova rotina, com a preocupação em relação às mudanças no cotidiano. **Conclusão:** A partir dos resultados, foi possível compreender que outros fatores, além dos que incluem os riscos, permeiam as experiências da mulher na gestação em idade avançada e induzem à necessidade de envolver tais aspectos no cuidado de enfermagem para construir estratégias abrangentes e condizentes com as necessidades dessas mulheres.

**Descritores:** Idade Materna; Gravidez; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Revisão.

<sup>1</sup>Artigo publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP, volume 50, número 3, ano 2016. Autoria: Juliane Dias Aldrighi, Marilene Loewen Wall, Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Franciane Zabloski Vieira Cancela. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>

## ABSTRACT

**Objective:** To identify in the literature how the experiences of women age 35 or above are described in terms of pregnancy. **Method:** Integrative review based on MEDLINE/PubMed, CINAHL, LILACS, and SciELO databases, with no time period constraint. **Results:** Eighteen studies that dealt with the experiences of pregnant women at an advanced maternal age were selected and analyzed. The studies evidenced four theme categories: the search for information, which pointed to a deficit of information supplied by health care professionals; perceiving the risks, which pointed to women's concerns about their own health and their children's; the ideal moment for motherhood, with different reasons for postponing it; and adjusting to a new routine, showing a concern regarding changes in daily life. **Conclusion:** From the results, it was possible to understand that other factors, in addition to those that include risks, are present in the experiences of older pregnant women and point to a need to involve such aspects in nursing care to create comprehensive strategies that are aligned with these women's needs.

**Descriptors:** Maternal Age; Pregnancy; Nursing Care; Obstetric Nursing; Review.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar en la literatura cómo se describen las experiencias de las mujeres con edad igual o superior a 35 años en la gestación. **Método:** Revisión integradora llevada a cabo en las bases de datos MEDLINE/PubMed, CINAHL, LILACS y SciELO, sin restricción de período. **Resultados:** Fueron seleccionados y analizados 18 estudios que trataban de la experiencias de las mujeres en la gestación en edad avanzada. Los estudios evidenciaron cuatro categorías temáticas: La búsqueda por informaciones, que mostró aspectos como déficit de informaciones proporcionadas por los profesionales sanitarios; Percibiendo los riesgos, que señaló una preocupación de la mujer por la propia salud y la del hijo; Momento ideal para la maternidad, con distintos motivos para el aplazamiento; y Adaptación a la nueva rutina, con la preocupación con respecto a los cambios en el cotidiano. **Conclusión:** A partir de los resultados, fue posible comprender que otros factores, además de los que incluyen los riesgos, están involucrados en las experiencias de la mujer en la gestación en edad avanzada e inducen a la necesidad de abarcar dichos aspectos en el cuidado de enfermería para construir estrategias amplias y condecuentes con las necesidades de esas mujeres.

**Descriptorios:** Edad Materna; Embarazo; Atención de Enfermería; Enfermería Obstétrica; Revisión.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o adiamento da maternidade se configura como um fenômeno mundial e, nos últimos 30 anos, embora os índices de nascimento estejam decrescendo, a média de idade materna aumenta progressivamente<sup>(1-2)</sup>. Inúmeros fatores contribuem para isso, como maior inserção da mulher no mercado de trabalho, crescimento das oportunidades na educação e na carreira da mulher, o desenvolvimento da medicina reprodutiva no que tange ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos<sup>(3-4)</sup>.

A idade materna é considerada como um fator gerador de risco para a gestação. Para o Ministério da Saúde, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez, o que torna a gestação de alto risco<sup>(5)</sup>.

Embora haja vantagens na decisão pela gestação tardia, ela ainda é associada a eventos obstétricos adversos. Em comparação com as mais jovens, no grupo de mulheres com mais de 35 anos, estudos mostram mais abortamentos espontâneos e induzidos, maior risco para mortalidade perinatal, gravidez ectópica, baixa vitalidade do recém-nascido, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos para a idade gestacional<sup>(6-11)</sup>.

Estudos, entretanto, destacam que a idade por si só pode não se constituir em fator de risco, pois o controle durante o período pré-natal e a adequada assistência no trabalho de parto e parto condicionam prognósticos maternos e perinatais semelhantes aos das gestantes mais jovens, esperando-se resultados positivos dessas gestações<sup>(5,10,12)</sup>.

A perspectiva de risco, baseada no modelo biomédico ainda dominante no contexto de atenção à saúde, ainda que seja relevante para prevenção e controle de doenças, por vezes se torna uma abordagem insuficiente para abranger a dimensão complexa que é o fenômeno reprodutivo em idade avançada. Lacunas no âmbito social, psicológico e cultural da saúde podem constituir obstáculos para o desenvolvimento saudável da gestação. Entende-se que a gravidez é um momento

de muitos significados construídos pelas mulheres, os quais, por sua vez, influem em sua saúde, de tal modo que é necessário conhecer e considerar as experiências e a visão das mulheres a respeito da gravidez tardia e do que julgam relevante para a própria saúde e a do filho.

Ao considerar o fenômeno ocorrido nas últimas décadas, surge uma inquietação dos autores que concerne à promoção da saúde de mulheres em gestação tardia. Por ser um grupo vulnerável da população, necessita de cuidados individualizados, pautados na humanização do cuidado à saúde da mulher.

Estudos associados à idade materna avançada têm focado prioritariamente na relação dos riscos e resultados adversos da gestação associados à idade<sup>(1,13-14)</sup>. São poucos os estudos que salientam as experiências da mulher na gestação em idade avançada.

Assim, o objetivo desse estudo é identificar na literatura como são descritas as experiências das mulheres com idade igual ou superior a 35 anos na gestação. Desse modo, pode-se ampliar o conhecimento sobre a temática e obter subsídios para pautar a assistência em saúde prestada.

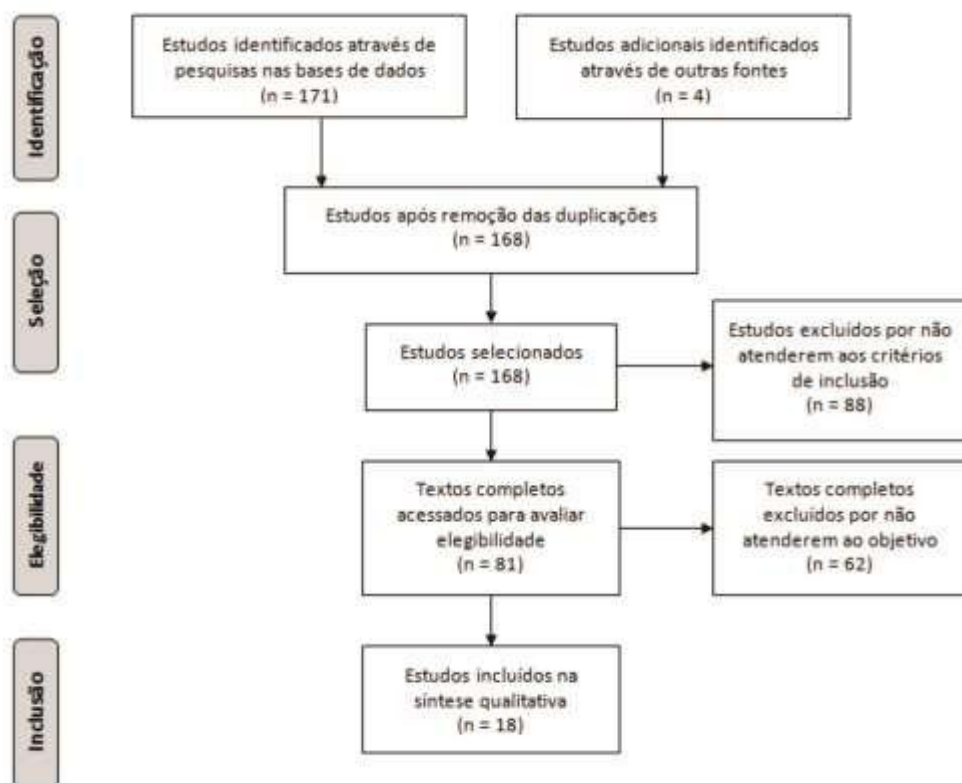
## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura sobre a gestação em idade avançada. Esse tipo de estudo tem por finalidade buscar, avaliar de forma crítica e sintetizar as evidências disponíveis acerca da temática investigada, constituindo-se em um método de pesquisa que, embora seja mais abrangente do que outros tipos de revisões, também requer rigor metodológico em todas as etapas de seu desenvolvimento<sup>(15)</sup>. Torna-se um método relevante para a Enfermagem na medida em que permite a construção de um conhecimento fundamentado e uniforme, pois oferece subsídios que dão suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática clínica dos enfermeiros<sup>(15-16)</sup>.

Em geral, o trajeto para percorrer uma revisão integrativa passa por seis etapas distintas<sup>(15)</sup>. A primeira foi a identificação do tema e a seleção da questão de pesquisa: O que está sendo investigado e publicado sobre as experiências das mulheres que engravidam em idade avançada? Na segunda etapa se estabeleceram critérios para inclusão e exclusão de estudos. Foram considerados critérios de inclusão: publicações que apresentassem resumo, que estivessem disponíveis *on-*

*line* na íntegra, de acesso gratuito, em português, inglês ou espanhol e que tivessem como objeto de estudo experiências de mulheres que engravidaram com idade igual ou superior a 35 anos. E, como critérios de exclusão: estudos de revisão, editoriais, opiniões/comentários e estudos cujo foco fosse voltado somente a problemas clínicos. Não foi utilizado recorte temporal para a seleção dos estudos por ser fundamental explorar todo o conhecimento possível publicado até os dias atuais.

As buscas foram realizadas nas bases de dados MEDLINE/PubMed, CINAHL, LILACS e SciELO no mês de maio de 2015. Utilizaram-se termos como “advanced maternal age/advanced reproductive age/delayed motherhood/late childbearing” associados a termos que denotassem a vivência da gestante, como “perception/life experience/perspective”. O fluxograma (Figura 1) mostra o caminho percorrido para a seleção das publicações.



**Figura 1** – Fluxograma da seleção das publicações para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA<sup>(17)</sup> - Curitiba, PR, Brasil, 2015.

A terceira etapa se constituiu na definição das informações a serem extraídas por meio da elaboração de um instrumento, contendo: título, país e ano de

publicação, objetivo, delineamento e referencial teórico, participantes e principais resultados apresentados pelo estudo.

A quarta etapa se caracterizou pelo preenchimento e avaliação do instrumento com os dados das publicações selecionadas. A partir da leitura e análise crítica realizada por duas pesquisadoras, foram criadas quatro categorias. A quinta etapa consistiu na discussão e interpretação dos resultados obtidos, seguida da sexta etapa, com a apresentação das evidências encontradas.

## **RESULTADOS**

Foram selecionados e analisados 18 estudos, dos quais 15 são artigos científicos internacionais e estão representados por Estados Unidos (3), Austrália (3), Inglaterra (3), Japão (2), Canadá (2) e Taiwan (2). Dos três estudos nacionais encontrados, há um artigo científico e duas dissertações de mestrado. Todos os estudos dessa revisão tinham pelo menos um enfermeiro como autor. Os anos de publicação variaram de 1996 a 2015, ocorrendo o maior número em 2014, com quatro artigos.

Após a leitura dos estudos, emergiram temas comuns organizados em quatro categorias: A busca por informações, Percebendo os riscos, Momento ideal para a maternidade e Adaptação à nova rotina.

### **A busca por informações**

Temas sobre informação foram descritos em oito estudos<sup>(18-24)</sup>, indicando que há uma falta de informações sobre a gestação e o pré-natal de risco<sup>(18-20,23,25)</sup>, sobre os cuidados com o bebê após o nascimento<sup>(21,24)</sup> e sobre a gestação associada à perimenopausa<sup>(22)</sup>. Para as mulheres de idade avançada, os profissionais da saúde atentam mais nos aspectos clínicos e nos riscos<sup>(18,20,23,26-27)</sup> provenientes da gestação nessa idade e acabam relegando a segundo plano assuntos também considerados importantes durante a realização do pré-natal.

Esse déficit informacional é compensado pela procura autônoma de informações na internet, com amigos e familiares<sup>(18,20,22-24)</sup>. Em um artigo<sup>(18)</sup> há o relato que, embora as informações sejam poucas ou nenhuma por parte dos profissionais, as mulheres que as receberam foram orientadas, predominantemente, por enfermeiras/enfermeiras obstetras.

Estudos revelam uma relação dos profissionais com as gestantes de idade materna avançada como autoritária e disciplinar<sup>(27)</sup>, permeada por julgamentos vinculados à idade da gestante<sup>(18,20,23)</sup> e culpabilização da mulher por algum eventual problema de saúde que o filho venha a apresentar<sup>(18-20,23,27)</sup>.

### **Percebendo os riscos**

Quatorze estudos revelaram as preocupações das mulheres com os riscos de o bebê nascer com algum problema de saúde associado à idade da mãe<sup>(18-21,23,25-26,28-33)</sup> e preocupações com a própria saúde durante a gestação em idade avançada<sup>(18-23,25-26,30,33-34)</sup>.

Alguns cuidados com a própria saúde para a manutenção de uma gestação saudável foram evidenciados, como controlar pressão arterial<sup>(26)</sup>, diabetes<sup>(23)</sup>, alimentação<sup>(23,26)</sup> e realização exercícios físicos<sup>(20,22-23,26)</sup>.

### **Momento ideal para a maternidade**

Os temas relacionados a esta categoria correspondem a aspectos que levaram ao adiamento da gravidez, como a escolha do parceiro certo para constituir uma família<sup>(23,25,32,34-35)</sup>, busca por estabilidade financeira<sup>(19,25,27,32-35)</sup> e maturidade para conceber um filho<sup>(19,23,26-27,32-35)</sup>.

As mulheres se consideram mais preparadas emocionalmente<sup>(34)</sup>, mais pacientes<sup>(26)</sup> e orgulhosas<sup>(29,32)</sup> por engravidarem após os 35 anos, julgando ser o tempo ideal para a gravidez. Por isso, sentem-se realizadas com o novo papel de mãe<sup>(20-21,24,26,28-29,31,34)</sup>, relatando ser um dos melhores acontecimentos da vida<sup>(20)</sup>, e considerando um milagre conceber nessa idade<sup>(21,30)</sup>.

Ao mesmo tempo em que se sentem mais preparadas emocionalmente, algumas mulheres passam por situações que as desestabilizam, em que se sentem desconfortáveis perante a sociedade por engravidarem após os 35 anos, sentindo-se discriminadas por esse motivo<sup>(25,27,34-35)</sup>.

### **Adaptação à nova rotina**



Nessa categoria, estão incluídos estudos que revelaram dificuldade das mulheres em retomar as tarefas diárias<sup>(26,34)</sup>, adaptação à nova rotina de vida<sup>(19,21,26,29-32)</sup>, preocupação com o impacto do nascimento do bebê no retorno ao trabalho<sup>(19,21,24,26,28,30-31)</sup>.

O Quadro 1 apresenta os estudos que fizeram parte da análise para a construção da revisão integrativa.

**Quadro 1 – Estudos incluídos na Revisão Integrativa - Curitiba, PR, Brasil, 2015.**

Título	País/Ano de publicação	Objetivo	Delineamento/Referencial teórico	Participantes	Principais resultados
Midwifery care in the UK for older mothers. <sup>(18)</sup>	Inglaterra 2014	Entender sobre a experiência de ter um filho em idade materna avançada; Investigar o cuidado prestado por profissionais da saúde durante a gestação e puerpério nas perspectivas da mulher em idade avançada	Qualitativo/Quantitativo/Estudo Transversal	397 mulheres que tiveram filhos após os 35 anos	Muitas mulheres reportaram terem recebido um bom cuidado pela enfermagem obstétrica, porém outras sentiram que suas necessidades de cuidado não foram supridas ou que foi oferecido suporte inadequado.
Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos. <sup>(19)</sup>	Brasil 1999	Analisar as percepções das mulheres que adiaram a maternidade para depois dos 35 anos em relação ao relacionamento afetivo/familiar, ao trabalho, à gravidez e à maternidade	Qualitativo/Teoria das Representações Sociais	9 primigestas entre 36 e 39 anos	Os resultados mostram que há falta de informação sobre o pré-natal de risco, preocupam-se com a própria saúde e a do filho, percebem modificações no papel da mulher somente como mãe, dando ênfase para carreira e estudos, por isso temem as modificações na rotina. Após os 35 anos sentem-se maduras para conceber.
First mothering over 35 years: questioning the association of maternal age and pregnancy risk. <sup>(20)</sup>	Austrália 2007	Relacionar a negociação do risco em primíparas de idade materna avançada.	Qualitativo/descritivo	22 primíparas com 35 anos ou mais	As mulheres percebem o risco, porém revelam poucas informações sobre este. Lidam com a incerteza da gestação saudável, negociam o risco cuidando da própria saúde e controlando a ansiedade e têm esperança que o resultado será favorável.
Postpartum experiences of older Japanese primiparas during the first month after childbirth. <sup>(21)</sup>	Japão 2014	Descrever as experiências pós-parto de primíparas japonesas em idade avançada durante o primeiro mês depois do	Qualitativo/descritivo	21 primíparas com 35 anos ou mais	As mulheres sentiram-se preocupadas com a própria saúde e a do bebê, cansadas e conscientes da limitação física devido à idade, preocupadas com as modificações no estilo de

		parto.			vida, porém realizadas com a maternidade.
Uncertainty during perimenopause: perceptions of older first-time mothers. <sup>(22)</sup>	EUA 2012	Analisar as percepções de mães pela primeira vez em idade avançada sobre a saúde durante a transição para a menopausa.	Qualitativo/ Fenomenologia	13 mulheres mães pela primeira vez de 45-56 anos na perimenopausa	As mulheres revelaram o desconhecimento de sinais e sintomas, falta de suporte dos profissionais da saúde, dificuldade em lidar com os sintomas e atender ao bebê concomitantemente, pois apresentam irritabilidade, depressão e modificações emocionais constantes.
Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. <sup>(23)</sup>	Canadá 2012	Analisar a percepção de risco das mulheres grávidas em idade materna avançada.	Qualitativo/ descritivo	15 primigestas de 35 anos ou mais	Muitos fatores influenciaram a percepção de risco das mulheres, como fatores psicológicos, visão e comunicação com profissionais da saúde, características do risco e estágio da gestação.
Late motherhood: the experience of parturition for first time mothers aged over 35 years. <sup>(24)</sup>	Austrália 2003	Investigar as experiências de mães pela primeira vez com idade igual ou maior de 35 anos.	Qualitativo/ descritivo	20 primíparas com 35 anos ou mais	As mulheres planejam as gestações, sentem-se mais responsáveis após a maternidade, descobrem suas identidades como mães, porém revelam preocupação com o trabalho/carreira, necessidade de mais informações no pré-natal e puerpério e sentem-se discriminadas pela gravidez tardia.
Advanced maternal age: delayed childbearing is rarely a conscious choice a qualitative study of women's views and experiences. <sup>(25)</sup>	Inglaterra 2012	Compreender os fatores que influenciam nas decisões das mulheres de adiar a maternidade e investigar suas experiências e percepções de riscos associados.	Qualitativo/ Fenomenologia	18 mulheres com 35 anos ou mais divididas em 3 grupos: 6 sem filhos e não grávidas, 6 grávidas do 1º filho; não grávida e assistida em clínica de fertilização	As mulheres revelaram que aos 35 anos sentem-se prontas para ter um filho, além de afirmarem a necessidade de uma relação estável, maturidade e experiência de vida para que isso aconteça. Suas experiências mostraram a falta de informações sobre os riscos associados à idade.
“Doing it properly”: the experience of first mothering over 35 years. <sup>(26)</sup>	Austrália 2005	Compreender a experiência de ser mãe pela primeira vez depois dos 35 anos	Qualitativo/ descritivo	22 primigestas com 35 anos ou mais	As mulheres planejam-se para gestação, referem falta de informações fornecidas pelos profissionais e preocupam-se com os riscos associados à idade. Apresentam dificuldades na adaptação, ao longo do puerpério enfrentam as dificuldades e finalmente se descobrem como mães.
“Renewed” “Older” motherhood/mothering: a qualitative exploration. <sup>(27)</sup>	Inglaterra 2015	Analisar experiências de mulheres múltiparas sobre ser mãe “idosa”	Qualitativo/ descritivo	9 mulheres múltiparas com 35 anos ou mais	Os resultados mostram a importância do parceiro na maternidade em idade avançada, a dificuldade de conciliar o cuidado dos filhos adolescentes e

					do novo bebê e estar sujeita às críticas sobre a idade “errada” para a nova maternidade.
Older Japanese primiparas’ experiences at the time of their post-delivery hospital stay. <sup>(28)</sup>	Japão 2014	Compreender as experiências de primíparas em idade avançada no puerpério.	Qualitativo/descritivo	22 puérperas primíparas de 35 a 44 anos	Os resultados mostraram experiências relacionadas a preocupações com a saúde, crescimento e cuidados com o bebê, a experiência do parto, satisfação com a gravidez nessa idade e preocupação com o trabalho.
Lao Lai Zi – becoming a mother: cultural implications with Parse’s Theory. <sup>(29)</sup>	Taiwan 2010	Analisar as experiências de primíparas no primeiro ano depois do nascimento	Qualitativo/Fenomenologia	10 primíparas com 35 anos ou mais	O estudo revela sentimentos ambivalentes em relação à maternidade como orgulho, emoção e gratidão em tornar-se mãe, ao mesmo tempo veem obstáculos, recuperação física, tempo despendido nos cuidados do bebê e preocupação com a própria saúde.
A qualitative study of the experiences of Taiwanese women having their first baby after the age of 35 years. <sup>(30)</sup>	Taiwan 2007	Analisar as experiências de mulheres Taiwanesas que ficaram grávidas pela primeira vez depois dos 35 anos	Qualitativo/Fenomenologia	10 primigestas com 35 anos ou mais no 3º trimestre de gestação	Demonstraram surpresa e preocupação com a gravidez e seus resultados, constrangimento por serem gestantes mais velhas e estarem fora dos padrões da sociedade, porém, sentem-se realizadas como mães. Preocupam-se com as mudanças no estilo de vida.
Divergent themes in maternal experience in women older than 35 years of age. <sup>(31)</sup>	EUA 1996	Analisar a experiência materna descrita por mães pela primeira vez com mais de 35 anos e constatar se é semelhante ou divergente com as categorias temáticas da WPL-R.	Quantitativo/Qualitativo	88 primíparas de 35 a 42 anos	Houve temas convergentes com os apresentados pelo instrumento e temas adicionais não apresentados anteriormente: medo da morte; falta de suporte social/isolamento; cansaço/necessidade de recuperação; questões da carreira/trabalho e perda do controle da situação.
A qualitative study of older first-time mothering in the first year. <sup>(32)</sup>	EUA 2004	Entender a experiência do primeiro ano sendo mãe pela primeira vez em idade avançada.	Qualitativo/Fenomenologia	7 primíparas de 36 a 48 anos	As mulheres preocupam-se com a saúde do bebê, relataram se sentir prontas para a maternidade, planejaram intensamente a gestação, porém percebem dificuldades na adaptação à nova rotina de vida.
Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. <sup>(33)</sup>	Brasil 2013	Apreender as representações sociais sobre gravidez após os 35 anos a partir de	Qualitativo/Teoria das Representações Sociais	25 gestantes com 35 anos ou mais	A gravidez tardia se atrela à consolidação de novas uniões conjugais, à estabilidade financeira e à maturidade do casal.

		mulheres com baixa renda que a vivenciaram.			As mulheres representam esta experiência como positiva, se houver planejamento prévio. Sem essas condições, as representações são negativas.
Um estudo sobre a vivência da gravidez tardia. <sup>(34)</sup>	Brasil 2014	Descrever a vivência da mulher que engravida após os 35 anos e analisar a vivência sob a perspectiva de gênero e vulnerabilidade	Qualitativo/descritivo	16 mulheres no ciclo gravídico puerperal de 36 a 48 anos	As mulheres veem pontos positivos na gestação após os 35 anos como a maturidade, discernimento, estabilidade na relação e na profissão. Além de pontos negativos como o cansaço, discriminação geracional e problemas de saúde.
Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. <sup>(35)</sup>	Canadá 2006	Explorar os fatores que influenciam nas decisões de mulheres sobre o momento de ser mãe.	Qualitativo/descritivo	45 mulheres divididas em grupos etários	Consideraram 35 anos ou mais a idade ideal para engravidar, sendo influenciadas por fatores como independência e estabilidade financeira e relacionamento estável.

## DISCUSSÃO

Os resultados apontam que as experiências da gestação em idade avançada são permeadas por vários fatores que podem influenciar no desenvolvimento saudável de uma gestação em idade tardia, abrangendo questões físicas, sociais e psicológicas da mulher, conforme as quatro categorias temáticas encontradas.

Os profissionais da saúde devem ser referência para as gestantes e as informações que devem ser concedidas a elas, antes e durante o pré-natal, estão estritamente associadas a um bom desenvolvimento emocional da mulher na gravidez. Ainda que o médico seja a principal referência para elas, o enfermeiro tem um papel fundamental na orientação sobre os cuidados com a saúde na gestação e após o parto, cuidados com o recém-nascido e apoio nas necessidades subjetivas dessas mulheres<sup>(12,36-38)</sup>.

Apesar de a falta de informações na perimenopausa ter sido citada em somente um artigo, trata-se de uma nova necessidade dos serviços de saúde para repensar a assistência às mulheres mais velhas. Portanto os profissionais devem estar preparados para orientar sobre esse período de transição na vida da mulher, principalmente se associado à gestação. A falta de informação nesse caso pode estar relacionada com sua baixa ocorrência, embora a incidência de gestações em idade avançada apresente um crescimento nos dias atuais<sup>(39)</sup>.

Os estudos sugerem uma relação autoritária do profissional da saúde com a gestante de idade avançada, o que afasta a relação profissional/paciente e não proporciona o vínculo para o compartilhamento de informações e sentimentos considerados importantes pelas mulheres, e que vão além da preocupação com a saúde física relacionada à idade<sup>(12,36,40)</sup>.

Essas atitudes autoritárias e disciplinares também se mostraram associadas à concentração e ao direcionamento da atenção e dos cuidados para o fator idade da mãe, que é vista como responsável por distúrbios maternos e fetais. A assistência prioriza esse aspecto e, na medida em que se concentra nos riscos, reforça o rótulo de uma gestação diferente das outras, ou seja, anormal. Essa situação pode contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de culpa na gestante que adiou a gestação, fazendo-a acreditar que a responsabilidade pelas condições de saúde do bebê é exclusivamente dela<sup>(36,41)</sup>.

Essa relação endurecida, também pode fazer com que a mulher procure informações em fontes externas aos serviços de saúde. O que seria um risco, já que pode obter dessa forma informações fraudulentas e não verdadeiras. A busca por informações na internet e outras fontes foi um dado encontrado nesse estudo devido à insuficiência de esclarecimentos durante o acompanhamento pré-natal. Há uma gama cada vez maior de informes sobre saúde/doença disponível para o acesso de qualquer pessoa. Ao mesmo tempo, que é um avanço nas comunicações, no âmbito de saúde e doença, trata-se de uma preocupação pela veracidade e exatidão dessas informações<sup>(42)</sup>.

Quanto à segunda categoria, os riscos associados à idade materna foram descritos por estudos<sup>(1,7-10,13-14)</sup> tanto nacionais como internacionais, e, embora os resultados da categoria anterior tenham mostrado falta de informações, as gestantes percebem os riscos a que estão se submetendo durante uma gestação em idade tardia. Tal fato é evidenciado pelo número de publicações encontradas que se referem à preocupação da mulher em relação à saúde do bebê.

Um estudo<sup>(36)</sup> descreve que o risco é percebido de forma diferente pelos profissionais da saúde e pelas gestantes. Aqueles avaliam o risco de maneira objetiva, baseados em protocolos e evidências científicas que norteiam a prática. Enquanto as gestantes empregam uma noção subjetiva de risco, medindo-o de acordo com os seus próprios valores e experiências anteriores.

A percepção de risco é algo diferente do risco em si, e reflete a expectativa sobre a probabilidade de um evento. Porém, a percepção de risco ainda não está claramente definida e, muitas vezes, é utilizada como sinônimo de preocupação. A consciência do risco na gravidez é importante porque afeta o modo como a mulher vai estabelecer os cuidados com a sua saúde, as motivações para buscar assistência pré-natal, as decisões sobre o local de nascimento, escolhas sobre intervenções médicas, adesão aos procedimentos médicos e recomendações de saúde<sup>(43)</sup>. É importante que os enfermeiros compreendam que a percepção e noção de risco são diferentes entre os profissionais da saúde e os pacientes, assim, pode-se melhorar a relação entre ambos e o entendimento da gestante sobre sua situação<sup>(36)</sup>.

Um estudo<sup>(43)</sup> realizou uma comparação entre gestantes jovens e em idade avançada sobre a percepção de risco na gestação, evidenciando que as mulheres mais velhas têm maior percepção. Esse fato pode estar ligado à experiência de vida e maturidade das gestantes em idade avançada<sup>(44)</sup> e ao fato de estarem mais informadas sobre os riscos devido ao foco do acompanhamento destas ser mais voltado aos fatores biológicos e problemas de saúde advindos da gestação tardia. Elas acreditam que o fator idade deixa suas gestações e seus bebês mais vulneráveis, por isso se preocupam como o desfecho da gravidez pode afetar a saúde do bebê<sup>(43)</sup>.

Com relação ao momento ideal para conceber, conforme a literatura, muitos são os fatores que levam as mulheres contemporâneas ao adiamento da maternidade<sup>(45-46)</sup>. Nesse estudo, os resultados mostraram também que a espera pela estabilidade financeira influencia no tempo para a concepção. Porém, embora a carreira e as questões de trabalho sejam citadas como os principais motivos para o adiamento, há autores<sup>(3,47)</sup> que mostram que a razão primordial é a escolha pelo parceiro certo para a constituição de uma família.

Em estudos sobre a escolha de parceiros ideais para um relacionamento<sup>(48-49)</sup> se percebeu que as mulheres apreciam atributos relacionados ao potencial de estabilidade financeira que o homem terá futuramente, ou seja, naquele que demonstrar mais recursos a serem investidos nelas e em seus futuros filhos. Também valorizam a habilidade que ele terá de protegê-la fisicamente e que mostre potencial para desenvolver uma boa paternidade. Os autores ressaltam que a

influência cultural que permeia as relações afetivas deve ser levada em consideração.

Outro fator relacionado ao momento ideal para conceber é a maturidade, que é vista como uma vantagem na maternidade tardia, pois estudos revelam que as mães mais velhas estão mais preparadas e organizadas para exercer o papel de mãe, sendo considerado por elas o momento certo. As mulheres apontam que com a experiência conferida pela idade avançada se sentem mais equilibradas emocionalmente, mais tolerantes, mais maduras e responsáveis para assumir a maternidade. Com a maturidade, a mulher se sente mais competente e segura para cuidar do seu filho<sup>(41,50-51)</sup>. Em contrapartida, um estudo<sup>(47)</sup> mostra que mesmo as mulheres mais velhas podem sentir-se imaturas para conceber um filho. Das mulheres de 36 a 40 anos pesquisadas, a maioria revelou que não desejava ou não sabia se queria ter filhos, ou porque não havia encontrado o parceiro certo ou não se sentia madura o suficiente para constituir uma família.

Além das vantagens citadas, um estudo longitudinal<sup>(52)</sup> revela que há aspectos positivos não somente para as mães, mas também para os filhos de mulheres em idade avançada. Este estudo encontrou melhores índices de saúde e desenvolvimento nos primeiros cinco anos de vida em crianças nascidas de mulheres mais velhas comparadas com as mais jovens. Ficou evidenciado que as crianças nascidas daquelas apresentaram menor risco de lesões, melhores níveis de desenvolvimento de linguagem e menos dificuldades emocionais do que os filhos destas. Esses dados são atribuídos ao fato de as mães mais velhas terem uma tendência maior a se preparar para a gestação, seja física, psicológica, emocional, relacional, social ou financeiramente. Esses são indicadores de que essas mulheres comumente têm filhos mais saudáveis e com melhores capacidades de desenvolvimento.

Contudo, apesar de a idade materna ser um aspecto positivo em relação à maturidade, nesta revisão, os resultados também mostraram que as mulheres, por vezes, sentem-se discriminadas em relação à idade e a gravidez. Autores<sup>(41)</sup> chamam a atenção para a necessidade da equipe de saúde fazer o possível para não centralizar os cuidados baseados somente na idade, a fim de não fortalecer o estigma, o preconceito e a censura em torno do momento errado da gestação em idade materna avançada. Também ressaltam que essas atitudes podem

desencadear outros fatores adicionais aos já comumente associados ao rótulo de risco, como a ansiedade, prejudicando assim a evolução normal desse período.

Relacionado à adaptação da nova rotina, o desempenho da mulher em múltiplos papéis dentro da sociedade acaba influenciando sua relação com a maternidade. A concomitância entre trabalho e maternidade apareceu nesta revisão como uma preocupação das mulheres, que temiam, de certo modo, ser impedidas ou prejudicadas no progresso e continuação da carreira. Com a gestação, a tendência é trabalhar menos, podendo afetar diretamente seu desempenho no trabalho, principalmente para as que exercem cargos mais altos e com grande exigência. Algumas mulheres decidem não usufruir da licença-maternidade e acabam se sentindo culpadas por ter que deixar seus filhos aos cuidados de outras pessoas. Há ainda, mães que preferem abdicar da profissão em prol da maternidade, colocando sua carreira profissional em segundo plano<sup>(51)</sup>.

As mulheres de 35 anos ou mais, que têm seu primeiro bebê nesta idade, podem construir um novo significado em suas existências, bem como enfrentar desafios na adaptação à nova vida. Embora elas se sintam competentes em outros papéis e frequentemente estabeleçam rotinas relacionadas a essas funções, as mães mais velhas podem apresentar dificuldades relacionadas à interrupção das rotinas. Em outro estudo, a maioria das mulheres em idade avançada se sente pronta para a maternidade, planeja a gravidez que é a realização de um longo e profundo desejo de conceber um filho. Apesar disso, elas demonstraram uma dificuldade na reorganização das atividades diárias<sup>(12)</sup>.

O número de estudos incluídos nesta revisão foi pequeno comparado ao disponível atualmente. Essa limitação pode ser justificada devido ao fato de que todos os estudos relativos às questões voltadas aos problemas médicos específicos associados à gravidez em idade avançada, que são a grande maioria das produções relacionadas ao tema, foram excluídos durante a etapa de leitura de títulos e resumos, pois não tratavam diretamente do foco principal desta revisão. Outra limitação foi a exclusão de estudos em idiomas não elencados nos critérios de inclusão. Para minimizar os limites da pesquisa, foram realizadas buscas com descritores exatos e com palavras-chave a fim de que a recuperação das produções fosse abrangente. Os estudos finalmente inclusos formaram uma seleção diversificada, e a abrangência das questões apresentadas por eles significa que as



conclusões que podem ser extraídas da presente revisão são valiosas, relevantes e úteis.

Os estudos apresentados nesta pesquisa, em sua maioria, são internacionais e todos tiveram pelo menos um enfermeiro como autor, denotando a inserção do profissional em questões relativas ao tema. Embora o fenômeno de ter filhos em idade avançada seja comum em países desenvolvidos, uma análise das experiências das mulheres grávidas em idade avançada no Brasil ainda é necessária. Nessa perspectiva, novas pesquisas envolvendo a população-alvo deste estudo podem ser desenvolvidas a fim de determinar as formas mais adequadas para que os cuidados sejam estruturados, no intuito de atender às necessidades individuais de mulheres em idade avançada, além de fomentar a reflexão sobre o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a essa população, pois inexitem no Brasil hoje iniciativas governamentais que sejam direcionadas especificamente às mulheres gestantes com idade igual ou superior a 35 anos.

O estudo contribui para a construção do conhecimento em enfermagem relacionado ao cuidado das mulheres na gestação em idade avançada, na medida em que, a partir das experiências apresentadas, fornece subsídios para (re)pensar o cuidado e as estratégias de ação realizadas na prática do enfermeiro que contribuem para o desenvolvimento da gestação tardia.

## **CONCLUSÃO**

Esta revisão integrativa possibilitou concluir que as mulheres que planejam ter uma gestação em idade avançada se percebem maduras e preparadas tanto nos aspectos financeiros como nos psicológicos para conceber. Revelam ter esperança nos resultados favoráveis durante a gestação, mesmo com a insegurança da falta de informações sobre os riscos gestacionais e o desconhecimento de sinais e sintomas desses riscos e apesar de sentirem-se pouco cuidadas pelos profissionais de saúde nesse período.

As mulheres revelam também que apresentam fragilidades físicas e emocionais para enfrentar tal realidade, como irritabilidade, depressão e oscilações emocionais e dificuldades com o conflito dos filhos adolescentes com a chegada do bebê. Elas salientam também que são julgadas pela sociedade por suas escolhas, enfrentando preocupações com a carreira e o estilo de vida, algumas optando por

deixar de gozar a licença-maternidade para proteger a carreira e outras postergando ou abandonando a carreira para priorizar a maternidade.

Contudo apresentam orgulho, emoção e gratidão em se tornar mães, e sentem-se realizadas com essa nova fase da vida, porém com a necessidade de reorganizar as atividades diárias e da família. Nessa perspectiva, no campo assistencial, pensa-se na valorização da abordagem às gestantes mais velhas com a sensibilização dos profissionais para a importância das questões que envolvem as gestantes em idade avançada e também a criação de grupos específicos juntamente com equipe multiprofissional. Ao conhecer as experiências das mulheres que vivenciaram a gestação em idade avançada há possibilidade de apreender e compreender aspectos além dos apresentados em torno do risco e, assim, construir estratégias de cuidado condizentes com as necessidades das mulheres mais velhas, de modo a apoiar e diminuir suas preocupações, aumentar a satisfação materna com os cuidados recebidos pelo enfermeiro, proporcionar troca de experiências com outras mulheres em situações similares e estimular a aceitação da gestação em idade tardia.

Este estudo revela que se faz necessário o fortalecimento das iniciativas governamentais com vistas às necessidades das mulheres que engravidam em idade avançada, valendo-se destes resultados e do desenvolvimento de outras pesquisas que incorporem a gestação em idade avançada como objeto de estudo, no intuito de fomentar a construção de políticas públicas que englobem um cuidado especializado a essas mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. Ojule JD, Ibe VC, Fiebai PO. Pregnancy outcome in elderly primigravidae. *Ann Afr Med* [Internet] 2011 [cited 2015 jun 10]; 10(3):204-8. Available from:
2. Cooke A, Mills TA, Lavender T. 'Informed and uninformed decision making'—Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: A meta-synthesis. *Int J Nurs Stud* [Internet] 2010 [cited 2015 jun 10]; 47(10):1317-29. Available from: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.06.001
3. Welbi E, Chalmers A, Holly Y. Delayed motherhood: Understanding the experiences of women older than age 33 who are having abortions but plan to

- become mothers later. *Can Fam Physician* [Internet] 2012 [cited 2015 aug 8]; 58(10):e588-95. Available from:
4. Hanson B. Questioning the construction of maternal age as a fertility problem. *Health Care Women Int* [Internet] 2003 [cited 2015 jul 28]; 24:166–176. Available from: DOI: 10.1080/07399330390178459
  5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
  6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
  7. Gravena AAS, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Outcomes in late-age pregnancies. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2012 [cited 2015 jul 6]; 46(1):15-21. Available from:
  8. Gamboa KB, Milán OR, García RA, Menéndez JG, Rodríguez MM. Aspectos epidemiológicos asociados a alteraciones del desarrollo em embarazadas añosas. *Rev AMC* [Internet] 2010 [cited 2015 aug 6]; 14(2):0-0. Disponível em:
  9. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Femina* [Internet] 2012 [citado 8 jul 2015]; 40(5):275-79. Disponível em:
  10. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impact of maternal age on perinatal outcomes and mode of delivery. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet] 2009 [cited 2015 jul 10]; 31(7):326-34. Available from:
  11. Salem KB, El Mhamdi S, Amor IB, Sriha A, Letaief M, Soltani MS. Caracteristiques epidemiologiques et chronologiques des parturientes aux ages extremes dans la región de Monastir entre 1994-2003. *La Tunisie Médicale* [Internet] 2010 [cited 2015 jul 10]; 88(8):563-8. Available from:
  12. Lampinen R, Vehviläinen-Julkunen K, Kankkunen P. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nurs J* [Internet] 2009 [cited 2015 jul 28]; 3:33-38. Available from: DOI: 10.2174/1874434600903010033
  13. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertil Steril* [Internet] 2015 [cited 2015 jul 28]; 103(5):1136-43. Available from: DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.03.004
  14. Liu LC, Wang YC, Yu MH, Su HY. Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy: a systematic review. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]

- 2014 [cited 2015 jul 28]; 53(2):141-5. Available from: DOI: 10.1016/j.tjog.2014.04.003
15. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987; 10(1):1-11.
16. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm [Internet]* 2008 [citado 10 jun 2015]; 17(4):758-64. Disponível em:
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med [Internet]* 2009 [cited 2015 sep 4]; 6(7): e1000097. Available from: DOI:10.1371/journal.pmed1000097
18. O'Connor A, Doris F, Skirton H. Midwifery care in the UK for older mothers. *Br J Midwifery [Internet]* 2014 [cited 2015 jun 27]; 22(8):568-77. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2014.22.8.568>
19. Teixeira ETN. Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos. 1999. 77 f. Dissertação [Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: Acesso em 2 jul 2015
20. Carolan M, Nelson S. First mothering over 35 years: questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care Women Int [Internet]* 2007 [cited 2015 jul 2]; 28(6):534-555. Available from: DOI: 10.1080/07399330701334356
21. Mori E, Iwata H, Sakajo A, Maehara K, Ozawa H, Maekawa T, et al. Postpartum experiences of older Japanese primiparas during the first month after childbirth. *Int J Nurs Pract [Internet]* 2014 [cited 2015 jul 2]; 20(Suppl 1):20-31. Available from: DOI: 10.1111/ijn.12246
22. Morgan P, Merrell J, Rentschler D, Chadderton H. Uncertainty during perimenopause: perceptions of older first-time mothers. *J Adv Nurs [Internet]* 2012 [cited 2015 jul 4]; 68(10): 2299-308. Available from: DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05923.x
23. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]* 2012 [cited 2015 jul 5]; 12:100. Available from: DOI: 10.1186/1471-2393-12-100
24. Carolan M. Late motherhood: the experience of parturition for first time mothers aged over 35 years. *Aust J Midwifery [Internet]* 2003 [cited 2015 jul 5]; 16(2):17-20. Available from: DOI: 10.1016/S1031-170X(03)80004-1

25. Cooke A, Mills TA, Lavender T. Advanced maternal age: delayed childbearing is rarely a conscious choice a qualitative study of women's views and experiences. *Int J Nurs Stud* [Internet] 2012 [cited 2015 jul 5]; 49(1): 30-39. Available from: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.013
26. Carolan M. "Doing it properly": the experience of first mothering over 35 years. *Health Care Women Int* [Internet] 2005 [cited 2015 jun 28]; 26(9):764-787. Available from: DOI: 10.1080/07399330500230987
27. Jarvie R, Letherby G, Stenhouse E. "Renewed" "Older" motherhood/mothering: a qualitative exploration. *J Women Aging* [Internet] 2015 [cited 2015 jul 3]; 27(2):1-20. Available from: DOI: 10.1080/08952841.2014.927728
28. Sakajo A, Mori E, Maehara K, Maekawa T, Ozawa H, Morita A, et al. Older Japanese primiparas' experiences at the time of their post-delivery hospital stay. *Int J Nurs Pract* [Internet] 2014 [cited 2015 jun 27]; 20(Supl 1):9-19. Available from: DOI: 10.1111/ijn.12247
29. Yu-O Yang, Chung-Hey Chen, Hui-Lai Chiu. Lao Lai Zi – becoming a mother: cultural implications with Parse's Theory. *Nurs Sci Q* [Internet] 2010 [cited 2015 jun 28]; 23(3):240-244. Available from: DOI: 10.1177/0894318410371832
30. Yu-O Yang, Peden-McAlpine C, Chung-Hey Chen. A qualitative study of the experiences of Taiwanese women having their first baby after the age of 35 years. *Midwifery* [Internet] 2007 [cited 2015 jul 1]; 23(4):343-349. Available from: DOI: 10.1016/j.midw.2006.03.009
31. Reece SM, Harkless G. Divergent themes in maternal experience in women older than 35 years of age. *Appl Nurs Res* [Internet] 1996 [cited 2015 jul 1]; 9(3): 148-153. Available from: DOI: 10.1016/S0897-1897(96)80278-3
32. Nelson AM. A qualitative study of older first-time mothering in the first year. *J Pediatr Health Care* [Internet] 2004 [cited 2015 jul 1]; 18(6):284-291. Available from: DOI: 10.1016/j.pedhc.2004.04.004
33. Parada CMGL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet] 2009 [citado 1 jul 2015]; 13(2):385-392. Disponível em:
34. Oliveira LMS. Um estudo sobre a vivência da gravidez tardia. 2014. 92 f. Dissertação [Mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, RJ. Disponível em: citado 1 jul 2015

35. Benzies K, Tough S, Tofflemire K, Frick C, Faber A, Newburn-Cook C. Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet] 2006 [cited 2015 jul 5]; 35(5):625-633. Available from: DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00079.x
36. Carolan MC. Towards understanding the concept of risk for pregnant women: some nursing and midwifery implications. *J Clin Nurs* [Internet] 2009 [cited 2015 aug5];18(5):652-8. Available from: DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02480.x.
37. Luciano MP, Silva EF, Cechetto FH. Orientations of nursing in the high risk gestation: the pregnant perceptions. *Rev enferm UFPE online* [Internet] 2011 [cited 2015 aug6];5(5):1261-266. Available from: DOI: 10.5205/reuol.1302-9310-2-LE.0505201124
38. Brooten D, Youngblut JM, Donahue D, Hamilton M, Hannan J, Neff DF. Women with high-risk pregnancies, problems, and APN interventions. *J Nurs Scholarsh* [Internet] 2012 [cited 2015 aug5]; 39(4): 349–57. Available from: DOI: 10.1111/j.1547-5069.2007.00192.x.
39. Baldwin MK, Jensen JT. Contraception during the perimenopause. *Maturitas* [Internet] 2013 [cited 2015 aug5]; 76(3):235-42. Available from: DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.07.009
40. Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psic.: Teor. e Pesq.*[Internet] 2012 [citado 5 ago 2015]; 28(1):27-33. Disponível em:
41. Gomes AG, Donelli TMS, Piccinini CA, Lopes RCS. Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação* [Internet] 2008 [cited 2015 aug 5]; 12(1):99-106. Available from:
42. Garbim HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2008 [citado 5 ago 2015]; 12(26):579-88. Disponível em:
43. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger age. *J Midwifery Womens Health* [Internet] 2012 [cited 2015 aug 6]; 57:445–453. Available from: DOI: 10.1111/j.1542-2011.2012.00188.x
44. Aasheim V, Waldenström U, Rasmussen S, Schytt E. Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age – a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] 2013 [cited 2015 aug 10]; 13:53. Available from:

45. Maheshwari A, Porter M, Shetty A, Bhattacharya S. Women's awareness and perceptions of delay in childbearing. *Fertil Steril* [Internet] 2008 [cited 2015 aug 13]; 90(4):1036-42. Available from:
46. Metcalfe A, Vekved M, Tough SC. Educational attainment, perception of work place support and its influence on timing of childbearing for Canadian women: a cross-sectional study. *Matern Child Health J* [Internet] 2014 [cited 2015 aug 13]; 18(7):1675-82. Available from: DOI: 10.1007/s10995-013-1409-4
47. Schytt E, Nilsen ABV, Bernhardt E. Still childless at the age of 28 to 40 years: A cross-sectional study of Swedish women's and men's reproductive intentions. *Sex Reprod Healthc* [Internet] 2014 [cited 2015 sep 4]; 5(1):23-9. Available from: DOI: 10.1016/j.srhc.2013.11.001
48. Gouveia VV, Gonçalves MP, Gomes AIAB, Freires LA, Coelho JAPM. Construção e validação da escala de atributos desejáveis do(a) parceiro(a) ideal. *Aval. psicol.* [Internet] 2014 [citado 14 ago 2015]; 13(1):105-114. Disponível em:
49. Gomes AIASB, Gouveia VV, Silva Júnior NA, Coutinho ML, Santos LCO. Escolha do(a) parceiro(a) ideal por heterossexuais: são seus valores e traços de personalidade uma explicação? *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Internet] 2013 [citado 14 ago 2015]; 26(1):29-37. Disponível em:
50. Oliveira RB, Galdino DP, Cunha CV, Paulino EFR. Gravidez após os 35 anos: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. *Corpus et Scientia* [Internet] 2011 [citado 14 ago 2015]; 7(2):99-112. Disponível em:
51. Rybinska A. Motherhood after the age of 35 in Poland. *Studia Demogr* [Internet] 2014 [cited 2015 sep 4]; 1(165): 7-28. Available from:
52. Sutcliffe AG, Barnes J, Belsky J, Gardiner J, Melhuish E. The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. *BMJ* [Internet] 2012 [cited 2015 aug 12]; 345:1-10. Available from:

**Autor correspondente:**

Juliane Dias Aldrighi

Av. Lothário Meissner, 632 – Bloco Didático II – Jardim Botânico  
CEP 80210-170 – Curitiba, PR, Brasil

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritiva. Para Creswell (2010), a pesquisa qualitativa se preocupa em explorar e entender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem ao problema ou questão, pois partem de premissas individuais, modos singulares de compreensão de mundo. Para adentrar na relação que o sujeito estabelece com o fenômeno é necessário compreender e explorar o contexto, a dimensão que esse problema ou questão humana significa para cada participante.

A pesquisa qualitativa envolve

as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados indutivamente construída a partir das particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados (CRESWELL, 2010, p. 26).

O método qualitativo utiliza o ambiente em que o participante vivencia a questão pesquisada, e possibilita que informações sejam coletadas por meio da conversa direta e da observação do comportamento dentro do contexto que o permeia, sendo uma importante característica para conhecer os significados dos participantes sobre o fenômeno que vivem. Além disso, a análise indutiva permite que, a partir do significado que o participante dá à questão pesquisada, sejam criadas categorias e temas em ordem crescente e cada vez mais abstratos, ilustrando as particularidades de cada participante aliadas a um relato holístico dos muitos fatores que constroem esses significados. (CRESWELL, 2010).

O caráter descritivo apontado por Gil (2002) tem por objetivo principal descrever as características de determinada população ou um fenômeno, por meio do levantamento de opiniões, atitudes e crenças. Ou ainda, para Marconi e Lakatos (2003), as pesquisas desse tipo descrevem um fenômeno ou situação mediante um estudo em determinado espaço-tempo.



O método qualitativo utilizado na presente pesquisa se justifica pela procura em conhecer uma situação ainda pouco estudada no Brasil, ou seja, buscar qual é a vivência da gestação em idade avançada, quais as motivações para a gestação nesta idade, quais as implicações individuais, psicossociais e de saúde para a gestante. Como se trata de um fenômeno que ao mesmo tempo é global e individual, a pesquisa qualitativa auxilia na interpretação de significados pessoais, abarcados na vivência única de cada participante.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário do estudo foi um ambulatório de pré-natal de alto risco de um hospital universitário de referência no sul do Brasil, que é parte do Serviço de Tocoginecologia (Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana). Este pertence à Unidade de Gestão Ambulatorial e funciona no andar térreo da instituição (Unidade da Mulher e do Recém-nascido) de segunda a sexta-feira, em dois turnos, das 7 horas às 18 horas. Toda a unidade ambulatorial é composta por 18 ambulatórios que oferecem atendimento a 27 especialidades em 170 consultórios. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2013; EBSERH, 2014). Trabalham no setor enfermeiras, auxiliares de enfermagem, secretários, estagiários, auxiliares de higiene hospitalar, professores do Departamento de Tocoginecologia, residentes de Ginecologia e Obstetrícia, residentes do programa multiprofissional, alunos do sexto ano do curso de medicina, professores e residentes das especialidades e outros profissionais que estão envolvidos com o setor como: assistente social, farmacêutico e psicólogo.

O ambulatório de pré-natal é composto por cinco consultórios médicos, um de enfermagem e uma sala de orientações que é utilizada como consultório de especialidades, reuniões educativas para gestantes, grupo de gestantes e reuniões de servidores e funcionários. Trabalham no setor duas enfermeiras e duas auxiliares de enfermagem, docentes, residentes e alunos.

O atendimento às gestantes é dividido ao longo da semana por especialidades: na segunda-feira, pela manhã, são atendidas gestantes com diabetes; nas terças-feiras, gestantes com patologias fetais; nas quartas-feiras, cardiopatias e tireoideopatias; nas quintas-feiras, pacientes acompanhadas pela

infectologia (HIV/AIDS, hepatites, toxoplasmose, tuberculose); e, na sexta-feira, são atendidas gestantes com diagnósticos variados, chamado de miscelâneas (hipertensão arterial, neuropatias, grávidas com história de abortamentos de repetição, idade avançada, multiparidade, mau passado obstétrico, retardo do crescimento intrauterino, anemias). O ambulatório atende em média 20 consultas de pré-natal por dia, divididos em dois turnos, manhã e tarde. Assim, o total de atendimentos por mês é em torno de 400 consultas.

O trabalho da enfermeira se constitui em consulta de enfermagem e orientações individuais e coletivas sobre incentivo ao aleitamento materno e seu manejo, rotina do internamento, trabalho de parto e informações específicas a gestantes diabéticas, hipertensas e HIV positivo. Ainda, faz o acompanhamento de grupos de grávidas para visita à maternidade antes do parto.

O HC é o quinto maior hospital universitário do país e o maior hospital do Paraná. É totalmente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e presta assistência totalmente gratuita à população. Desde novembro de 2014 é uma das filiais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. É classificado como de nível terciário, ou seja, atende casos de médio e alto risco. O HC é referência em várias especialidades e serviços, inclusive para as gestações de alto risco de Curitiba e região metropolitana. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2014).

### 3.3 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

As participantes foram gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Os critérios de inclusão foram: gestantes com idade igual ou maior a 35 anos que estivessem realizando pré-natal no Ambulatório de Alto Risco de um hospital público de referência. O critério de exclusão foi: gestantes que não dominassem o idioma português, haja vista a cidade de Curitiba acolher muitos imigrantes e sua presença ser uma realidade nos serviços de saúde locais.

Em um primeiro momento, para a inserção do pesquisador no cenário do estudo foi realizado contato prévio com a enfermeira coordenadora do Ambulatório de Alto Risco, a fim de expor o conteúdo da pesquisa e familiarizar-se com o setor e com a equipe de enfermagem. Após essa etapa, as gestantes foram elencadas para

compor uma seleção intencional, que consiste em selecionar intencionalmente participantes que vivenciam um fenômeno, para assim ajudar o pesquisador a entender o problema e a questão de pesquisa. (CRESWELL, 2010).

Para a operacionalização da seleção das participantes, previamente examinou-se a agenda de consultas do serviço de alto risco e, conforme as gestantes chegavam para aguardar o horário de atendimento, as que se enquadravam no critério de idade foram convidadas a participar do estudo.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, de dezembro de 2015 a abril de 2016. Para Pope e Mays (2009), a entrevista semiestruturada é conduzida com base em uma estrutura flexível, que permite ao pesquisador elaborar questões abertas, mas ao mesmo tempo, que delimitem a área temática a ser explorada.

Ainda, as entrevistas qualitativas permitem ao pesquisador ficar face a face com os participantes, geralmente envolvendo questões abertas, em pequeno número e que objetivam suscitar concepções e opiniões dos participantes sobre o que se pesquisa. (CRESWELL, 2010).

Primeiramente, a pesquisadora estabelecia com a enfermeira do turno onde seria realizada a entrevista, visto que nem sempre a mesma sala estava disponível para tal. Em consenso com a enfermeira do setor, foi estabelecido que o melhor horário para a seleção das gestantes seria no intervalo entre a troca de turnos das consultas, ou seja, entre 12 horas e 13 horas. Esse era o período em que as gestantes que fariam consultas à tarde ficavam na sala de espera para serem chamadas pelos médicos, que iniciavam o atendimento às 13 horas.

Inicialmente, após certificar-se de que a gestante atendia ao critério de inclusão, a pesquisadora chamava individualmente cada uma para a sala reservada, previamente estabelecida, a fim de se apresentar, explicar o tema da pesquisa e seu objetivo, e convidá-la a colaborar espontaneamente para a construção da pesquisa. Ao indicativo de aceite, apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, após assinadas as duas vias, sendo uma via entregue à gestante, iniciava-se a resposta às questões objetivas contendo dados demográficos,

econômicos e sociais, da gestação atual e de antecedentes obstétricos, a fim de caracterizá-las. Essas questões foram adaptadas a partir da ficha de cadastramento da gestante contida no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) do MS (Apêndice 1).

Após responder a parte objetiva, entabulava-se a entrevista semiestruturada face a face. A entrevistadora seguiu um roteiro semiestruturado com perguntas abertas (Apêndice 2) sobre a vivência da gestante diante da gestação atual. As entrevistas foram gravadas em áudio e após, transcritas integralmente em documento digital. Assim, as gestantes foram identificadas pela letra G seguida do numeral correspondente à ordem cronológica pela qual foi entrevistada, resultando na codificação: G1, G2, G3... G21.

Antes do início efetivo da coleta de dados foram realizadas 5 entrevistas piloto no intuito de adequar o roteiro de perguntas. As entrevistas piloto foram incluídas na análise dos dados, pois se constatou que o roteiro estava permitindo a emergência de temas conforme o objetivo da pesquisa. Portanto, totalizaram 21 entrevistas com duração média de 19 minutos. Ressalta-se que não houve recusas nem perdas. As entrevistas foram realizadas em sua totalidade pela pesquisadora, que para se familiarizar com essa técnica de coleta de dados, realizou ampla leitura e participou de disciplinas durante o curso de Mestrado que possibilitaram maior conhecimento sobre a técnica.

É válido colocar que, por ser pesquisa apoiada pelo *software* Iramuteq, foram seguidos alguns critérios para a produção dos dados. O quantitativo de 21 entrevistas foi baseado na orientação de Camargo e Justo (2016) que sugerem a utilização de 20 a 30 textos oriundos de entrevistas com uma população homogênea para a composição do *corpus* textual. Destaca-se que mesmo já tendo uma margem da quantidade de entrevistas necessárias, constatou-se a saturação dos dados e o consequente atendimento ao objetivo previamente proposto, por isso se suspendeu a coleta de dados ao atingir as 21 entrevistas. (FONTANELLA et al., 2011).

### 3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para Creswell (2010, p. 217), o processo de análise dos dados qualitativos envolve “extrair sentido do texto” e das anotações realizadas durante as entrevistas.

É um processo permanente e contínuo que pode ocorrer concomitantemente à coleta dos dados.

O autor propõe passos a serem seguidos para analisar os dados qualitativos (Figura 2), e, embora essa proposta seja abordada de forma linear e hierárquica, ele estimula os pesquisadores a perceberem uma interatividade entre as etapas, inter-relacionando os estágios a serem percorridos, que não necessitam ocorrer de uma forma estanque e em uma ordem fixa. (CRESWELL, 2010):

1 – Organização e preparação dos dados para a análise: as entrevistas foram transcritas na íntegra, primeiramente em arquivos separados. Em um segundo momento todas foram alocadas em um mesmo documento digital, sendo organizadas e dispostas de acordo com a ordem cronológica de realização.

2 – Leitura dos dados: os dados foram lidos em sua totalidade a fim de obter uma percepção geral das informações e, assim, poder refletir sobre seu significado global.

3 – Codificação dos dados: os dados foram processados pelo *software* Iramuteq, codificados em classes (conjunto de sentenças das entrevistas) e atribuídos rótulos a cada classe formando unidades temáticas.

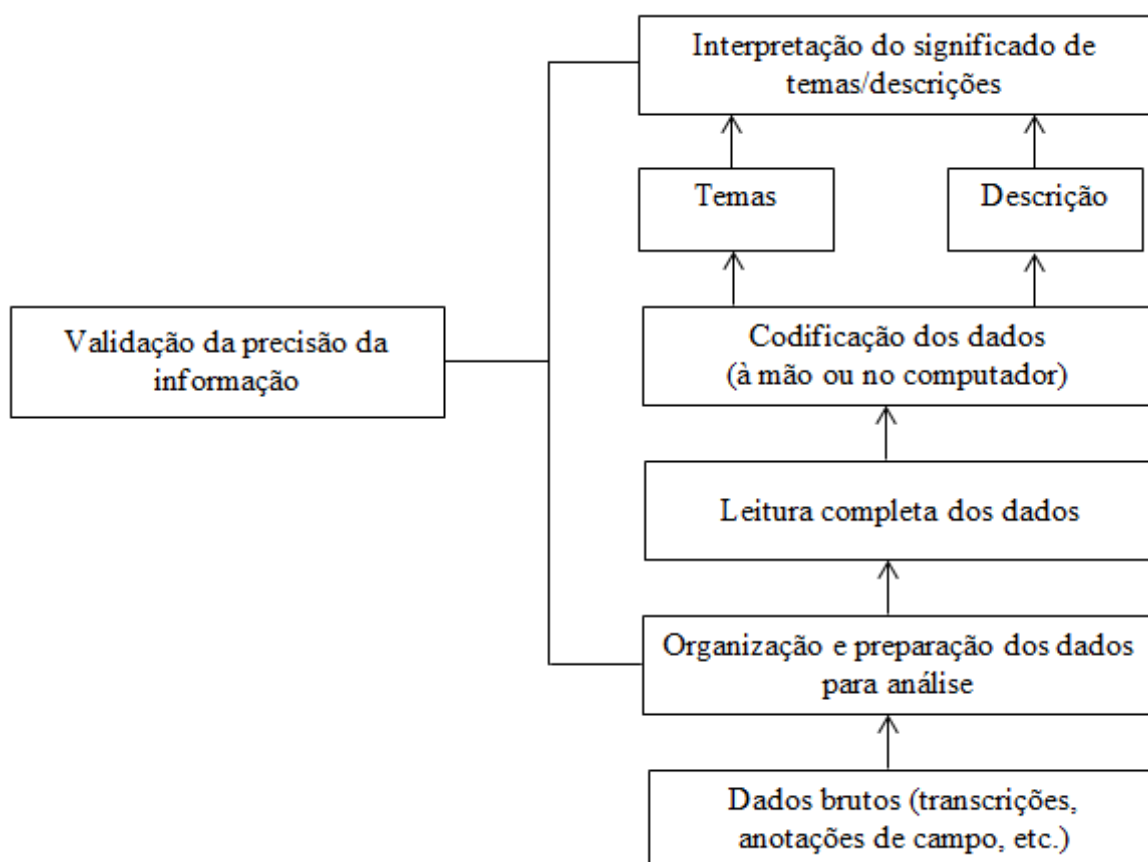
4 – Descrição dos dados: os dados foram descritos detalhadamente, com base na codificação atribuída e, então, foram criadas categorias e subcategorias, baseadas nas classes obtidas por meio do *software* Iramuteq.

5 – Representação da análise: os dados foram representados na forma das falas das entrevistadas, também por figuras representativas geradas pelo *software* Iramuteq.

6 – Interpretação da análise: os significados extraídos da análise foram comparados com resultados já existentes na literatura.

Ainda, Creswell (2010) propõe a validação dos dados e das interpretações de forma que os resultados possam ser checados quanto a qualidade e confiabilidade, mediante a confirmação de que os dados refletem as experiências do participante da pesquisa. Embora o processo de validação ocorra ao longo de todos os passos da pesquisa, uma forma sugerida por Creswell (2010, p. 224) é a “descrição do máximo de procedimentos utilizados durante a pesquisa, para verificar a precisão e credibilidade dos resultados”.

FIGURA 2 – ANÁLISE DE DADOS NA PESQUISA QUALITATIVA



Fonte: O autor (2016), Adaptado de Creswell 2010, p. 218.

Para apoiar o passo 3, ou seja, a codificação dos dados, foi utilizado o *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O Iramuteq é um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud, para realizar análises estatísticas de textos. (JUSTO; CAMARGO, 2014). Este programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013, e possibilita os seguintes tipos de análises: estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente (CHD), análises de similitude e representação gráfica em nuvem de palavras determinada por frequência ou associação de  $\chi^2$  das palavras. Para processar os cálculos estatísticos, o Iramuteq se ancora no ambiente estatístico do *software* R, também gratuito e de código aberto que utiliza a linguagem de programação *python*. (CAMARGO; JUSTO, 2013a; CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Atualmente existem muitos outros *softwares* que dão suporte às análises qualitativas, porém, elegeu-se o Iramuteq por ser uma ferramenta gratuita e diferenciada, pois além da análise lexical das palavras, ele permite recuperar o

contexto em que essas palavras estão inseridas no discurso. Portanto, além da palavra em si, o Iramuteq considera os segmentos de texto envolvidos, trazendo fidedignidade às interpretações da análise lexical. (JUSTO; CAMARGO, 2014).

Creswell (2010; 2014) menciona o uso crescente de *softwares* para análise dos dados qualitativos, mostrando vantagens principalmente associadas à organização e armazenamento dos dados, também o fácil e rápido acesso a dados específicos que o pesquisador deseja procurar no *corpus* do texto. Embora os *softwares* venham a facilitar o trabalho do pesquisador no que diz respeito à organização e processamento das informações, Justo e Camargo (2014) salientam que o papel do pesquisador é imprescindível, pois é ele quem vai orientar o tratamento e análise dos dados.

Lahlou (2012) aponta dois equívocos relacionados ao uso de *softwares* nas análises qualitativas. Um é o mesmo citado por Justo e Camargo (2014) de que o *software* irá tomar o papel do pesquisador e realizar a análise por ele. Os autores ratificam o papel do pesquisador na análise e destacam que apenas o conhecimento aprofundado do pesquisador sobre o tema é que o possibilitará ampliar ou limitar sua análise. O outro se relaciona com a confusão na utilização do *software* como um método de pesquisa, como Lahlou (2012) descreve ter encontrado em alguns trabalhos científicos.

Portanto, o Iramuteq é um *software* de apoio ao pesquisador, criado para facilitar a organização dos dados e dar mais confiabilidade à pesquisa qualitativa, na medida em que associa análises estatísticas de palavras, segmentos de textos e o contexto em que estão inseridos. Por isso, não é um método de pesquisa e nem uma técnica de análise dos dados, e sim uma ferramenta que auxilia o pesquisador e exige que este use seu conhecimento sobre o tema para poder extrair sentido e interpretar o que lhe foi apresentado.

Para o andamento do terceiro passo proposto por Creswell (2010), ou seja, a codificação dos dados, foram seguidos critérios, conforme Camargo e Justo (2016). Todas as entrevistas foram transcritas em um mesmo documento sendo cada uma separada por uma linha de comando que as identificava, formando uma unidade de contexto inicial (UCI). Dessa forma, seu conjunto deu origem ao que se denomina *corpus* textual: \*\*\*\* \*g\_1 \*idade\_1/\*idade\_2/\*idade\_3, em que g representa a palavra gestante seguida da ordem da entrevista e idade representa a faixa etária apresentada pela gestante, em que 1 era de 35 a 39 anos; 2, de 40 a 44 anos; 3, de

45 a 49 anos; e 4, maior ou igual a 50 anos. Nesse estudo, não houve nenhuma representação da faixa etária 3 e 4.

Ainda, depois de transcritas as entrevistas, seguiu-se a “limpeza” do *corpus*, o qual foi adequado à linguagem formal da língua portuguesa para que o dicionário do *software* pudesse reconhecer as formas gramaticais apresentadas. Ao realizar essa adequação, prezou-se pela manutenção do sentido do discurso apresentado pelas entrevistadas. Seguem os passos de Camargo e Justo (2016, p. 7) para a preparação do *corpus* textual:

- 1- Colocar todos os textos (entrevistas, artigos, textos, documentos ou respostas a uma única questão) em um único arquivo de texto no software OpenOffice.org ( ) ou LibreOffice ( ). Jamais abra estes arquivos ou qualquer outro gerado pelo IRAMUTEQ com aplicativos da Microsoft (Word, Excel, WordPad ou Bloco de notas), pois eles produzem bugs com o Unicode (UTF-8), o usado pelo IRAMUTEQ.
- 2- Separar os textos com linhas de comando (com asteriscos). Por exemplo, para cada entrevista ser reconhecida pelo software como um texto, elas devem começar por uma linha deste tipo. Observação: Deixe uma linha em branco antes da primeira linha de comando.
- 3- Existem duas maneiras de preparar as linhas de um corpus. A primeira, a original ou monotemática, onde cada linha é seguida por um texto sem separações. Uma segunda maneira, a chamada temática, onde cada linha pode conter duas ou mais temáticas com a inclusão de linhas subordinadas a principal. A análise de corpus com divisões temáticas (temas diferentes) nos informa sobre as relações entre o conteúdo de um tema com o outro tema; e pode ser usada como uma análise preliminar de natureza mais exploratória (para se ter uma visão de todo da coleta de material textual, mas deve-se fazer as análises monotemáticas, pois são elas que aprofundam a compreensão do significado do material estudado).
- 4- Corrigir e revisar todo o arquivo, para que os erros de digitação ou outros não sejam tratados como palavras diferentes.
- 5- A pontuação deve ser observada, no entanto sugere-se não deixar parágrafos (devido à dificuldade entre nós no uso correto dos mesmos).
- 6- No caso de entrevistas ou questionários, as perguntas e o material verbal produzido pelo pesquisador (intervenções e anotações) devem ser suprimidos para não entrar na análise. Ao suprimir recupere os referentes.
- 7- Não justifique o texto, não use negrito, nem itálico ou outro recurso semelhante.
- 8- É desejável certa uniformidade em relação às siglas, ou as usa sempre ou coloque tudo por extenso unido por traço underline. Por exemplo: ou oms ou organização\_mundial\_de\_saúde.
- 9- As palavras compostas hifenizadas quando digitadas com hífen são entendidas como duas palavras (o hífen vira espaço em branco). Caso necessite-se analisar palavras compostas hifenizadas ou não, una-as com um traço underline. Ex: "alto-mar" fica "alto\_mar"; "terça-feira" fica "terça\_feira"; e "bate-papo" fica "bate\_papo".
- 10- Todos os verbos que utilizem pronomes devem estar na forma de próclise, pois o dicionário não prevê as flexões verbo-pronominais. Ex: No lugar de "tornei-me", a escrita deve ser: "me tornei".
- 11- Caso possa, evite uso de diminutivos, pelas características do dicionário.
- 12- Números devem ser mantidos em sua forma algarísmica. Ex: usar "2013", no lugar de "dois mil e treze"; "70" no lugar de "setenta".



13- Não usar em nenhuma parte do arquivo dos textos os seguintes caracteres: aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), porcentagem (%), reticências (...), e nem asterisco (\*). Este último é usado somente nas linhas que antecedem cada texto (linhas de comando).

14- O arquivo com o corpus preparado no software OpenOffice.org ou no LibreOffice deve ser salvo em uma nova pasta criada no desktop, somente para a análise, com um nome curto e como texto codificado (nome\_do\_arquivo.txt). No OpenOffice.org esta opção abre uma primeira janela e devemos escolher “manter formato atual”, e uma segunda janela onde as opções “Conjuntos de caracteres” e “Quebra de parágrafo” devem ser respectivamente “Unicode (UTF-8)” e “LF”.

15- A cada nova análise com o mesmo corpus não reutilize o arquivo txt (texto codificado) precedente, crie um novo a partir do arquivo tipo odt (que é o formato que deverá ser arquivado).

Depois de realizados esses passos, exportou-se o arquivo .txt para o *software*, que em um primeiro momento já identificou o número de textos baseado nas linhas de comando previamente estabelecidas, e realizou a separação do material em segmentos de texto (ST). Os ST, conforme Camargo e Justo (2016, p. 6):

na maior parte das vezes, tem o tamanho de três linhas, dimensionadas pelo *software* em função do tamanho do corpus. Os segmentos de textos são os ambientes das palavras. [...] Numa análise padrão (*standart*), após reconhecer as indicações dos textos (pelas linhas com asteriscos) é o *software* que divide o material em ST.

Para iniciar a codificação por meio do Iramuteq utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que:

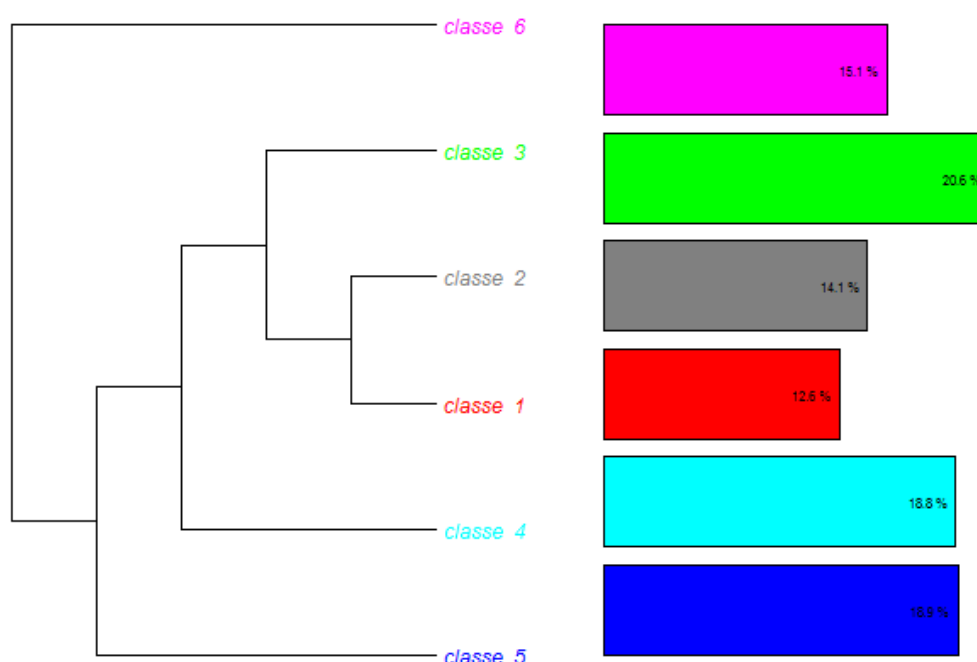
classifica os ST em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando formas reduzidas e ST (em repetidos testes do tipo  $\chi^2$ ), aplica-se o método de CHD e obtém-se uma classificação definitiva. Esta análise visa obter classes de ST que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir dessas análises o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2016, p. 10).

A partir da CHD é possível ter grupos de palavras que se relacionam entre si formando uma categoria temática referente ao objeto de estudo da pesquisa. A CHD ainda permitiu que fosse explorada cada palavra isoladamente, ou seja, pôde-se constatar qual a palavra mais característica de cada classe e em qual segmento apareceu mais, resultando assim na contextualização das palavras e dos segmentos nos quais estavam inseridas. Dessa forma, deu-se início à interpretação dos resultados, a partir dos sentidos atribuídos a cada classe, conforme os discursos das

gestantes. Todo esse processo foi possível por meio do qui-quadrado ( $\chi^2$ ), teste estatístico que apresenta a relação da palavra com a classe, considerando que esta associação tenha valor  $\geq 3,84$ , pois  $p < 0,05$  representa uma associação com nível de significância forte.

A CHD possui diferentes formas de apresentação das classes geradas pelo *software*. A figura 3 apresenta uma das formas, que é o dendograma, com a divisão das classes.

FIGURA 3 – DENDOGRAMA DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ



Fonte: A autora (2016).

A leitura do dendograma é realizada da esquerda para a direita, em que se pode visualizar a divisão do *corpus*, em um primeiro momento, em dois *subcorpus*, separando a classe 6 do restante das classes. Posterior a isso, tem-se a separação da classe 5 das demais, e assim, sucessivamente até chegar à quarta partição que originou as classes 1 e 2, e a CHD ser encerrada, pois as classes mostraram-se estáveis, ou seja, foram compostas de ST que apresentaram vocabulário semelhante.

A porcentagem apresentada no dendograma corresponde à concentração dos discursos sobre o tema referente à classe em relação à totalidade do *corpus*. Para apresentar essas classificações o Iramuteq levou o tempo de 31 segundos e obteve uma retenção de 91,61% do material textual que compôs o *corpus*. Ou seja,

de 954 ST, foram aproveitados 874, representando um bom desempenho para a realização da análise dos dados coletados. Segundo Camargo e Justo (2016), para as análises do tipo CHD serem úteis a qualquer material textual requerem um mínimo de 75% de retenção dos ST do *corpus*.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está inserido em um projeto maior intitulado “Gestação após os 35 anos: vivências, obstáculos e complicações” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o Parecer de n. 1.155.166 em 21 de julho de 2015 (Anexo 1).

As gestantes selecionadas receberam o convite para ocupar uma sala reservada com o intuito de preservar a sua intimidade. Foram-lhes apresentados a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3).

O TCLE foi assinado pelo pesquisador e pelas gestantes em duas vias, uma retida pela participante da pesquisa e outra arquivada. Assegurou-se o caráter voluntário de participação e a liberdade em se retirar do estudo a qualquer momento, bem como o anonimato da gestante, identificada por código a fim de impedir que fosse reconhecida em qualquer momento da apresentação dos resultados. Os dados coletados ficarão sob responsabilidade e guarda da pesquisadora e sua orientadora, pelo período de 5 anos, e após serão destruídos.

Este estudo seguiu os princípios da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa. (BRASIL, 2012c).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados primeiramente mostrando as características das 21 gestantes participantes da pesquisa e, logo após, as classes temáticas providas dos discursos. Resultaram seis grandes classes: Ambivalência: do medo à felicidade; O (não) planejamento e o divino; (Re)organização familiar: do apoio a não aceitação; Maturidade como uma facilidade à maternidade; A idade avançada e a percepção do risco; e A idade biológica do corpo dificultando a gestação. Algumas classes foram subcategorizadas para um melhor entendimento.

Os dados serão discutidos à luz da literatura mais atual e pertinente relativa aos temas encontrados.

### 4.1 CARACTERIZAÇÕES DAS GESTANTES

As gestantes foram caracterizadas quanto a variáveis sociodemográficas, econômicas, da gestação atual e anteriores (se múltipara). A grande maioria residia em Curitiba, somente cinco eram de cidades metropolitanas. Quanto à cor ou raça, referiram-se predominantemente brancas (15), com uma se autodeclarando preta e cinco pardas. Quanto à escolaridade, seis tinham o Ensino Fundamental incompleto; seis, o Ensino Médio incompleto; cinco, o Ensino Médio completo; e, quatro, o Ensino Superior completo. Quanto à renda familiar, 15 referiram ter entre um e três salários mínimos; três, menos de um salário mínimo; e, outras três, mais de três salários mínimos. Seis gestantes não desempenhavam nenhuma atividade laboral remunerada, enquanto das que exerciam algum tipo de atividade, 12 tinham carteira de trabalho assinada.

De todas as gestantes, três iniciaram o pré-natal tardiamente, a partir do 2º trimestre. Apenas uma gestante esperava gemelares. Quando questionadas sobre a participação em algum tipo de atividade educativa para a gestação, apenas duas gestantes relataram participar. Em relação a orientações sobre o pré-natal de risco, 15 responderam terem sido orientadas por médicos, duas por enfermeiras, três por médicos e enfermeiras e uma revelou não ter nenhuma orientação até o momento da entrevista. O quadro 2 apresenta outras características das participantes.

QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DAS GESTANTES COM 35 ANOS OU MAIS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2016.

Gestante	Idade	Estado civil	Paridade	Planejada/ não planejada	Motivo do pré-natal de alto risco	Tipo de parto pretendido
G1	39	Casada	Multigesta	Não planejada	Sífilis, hipotireoidismo	Cesário
G2	35	Casada	Primigesta	Planejada	Hemorragias, gemelar	Cesário
G3	38	Separada	Multigesta	Planejada	Idade	Cesário
G4	40	Casada	Multigesta	Não planejada	Idade	Vaginal
G5	38	Casada	Multigesta	Planejada	Hipertensão	Vaginal
G6	39	Casada	Multigesta	Não planejada	Bariátrica	Cesário
G7	38	Casada	Multigesta	Não planejada	Hipertensão, asma	Vaginal
G8	35	Casada	Primigesta	Planejada	Bariátrica, trombose	Vaginal
G9	39	Casada	Multigesta	Não planejada	Idade	Cesário
G10	39	Casada	Multigesta	Não planejada	Idade	Vaginal
G11	37	Casada	Primigesta	Planejada	Hipertensão	Vaginal
G12	39	Casada	Multigesta	Planejada	Hemorragias	Cesário
G13	38	Casada	Primigesta	Planejada	Cardiopatia	Cesário
G14	42	Casada	Multigesta	Não planejada	Bariátrica	Vaginal
G15	41	Separada	Multigesta	Não planejada	Depressão, hipotireoidismo	Cesário
G16	41	Separada	Multigesta	Não planejada	Idade	Cesário
G17	40	Solteira	Primigesta	Não planejada	Hipotireoidismo	Vaginal
G18	44	Separada	Multigesta	Não planejada	Idade	Vaginal
G19	41	Casada	Multigesta	Não planejada	ITU repetição	Cesário
G20	35	Casada	Multigesta	Não planejada	DMG, grande múltipara	Cesário
G21	38	Casada	Multigesta	Planejada	Cardiopatia	Vaginal

## 4.2 CLASSES

O *software* Iramuteq organizou os resultados em seis classes, conforme a CHD. A figura 4 apresenta o relatório (*rapport*) gerado, em que *Number of texts* são o total de entrevistas, *Number of texts segments* são os segmentos de textos (ST), ou seja, as sentenças que o *software* separa automaticamente e associa com outras sentenças formando as classes. Nessa pesquisa, o Iramuteq separou os 21 textos em 954 ST, dos quais 874 ST foram aproveitados em seis classes (*number of clusters*).

FIGURA 4 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ

```

+++++-----+++++
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Sat May 7 18:20:17 2016
+++++-----+++++

Number of texts: 21
Number of text segments: 954
Number of forms: 3075
Number of occurrences: 33953
Número de lemas: 1862
Number of active forms: 1616
Número de formas suplementares: 22
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 605
Média das formas por segmento: 35.590147
Number of clusters: 6
874 segments classified on 954 (91.61%)

```

```

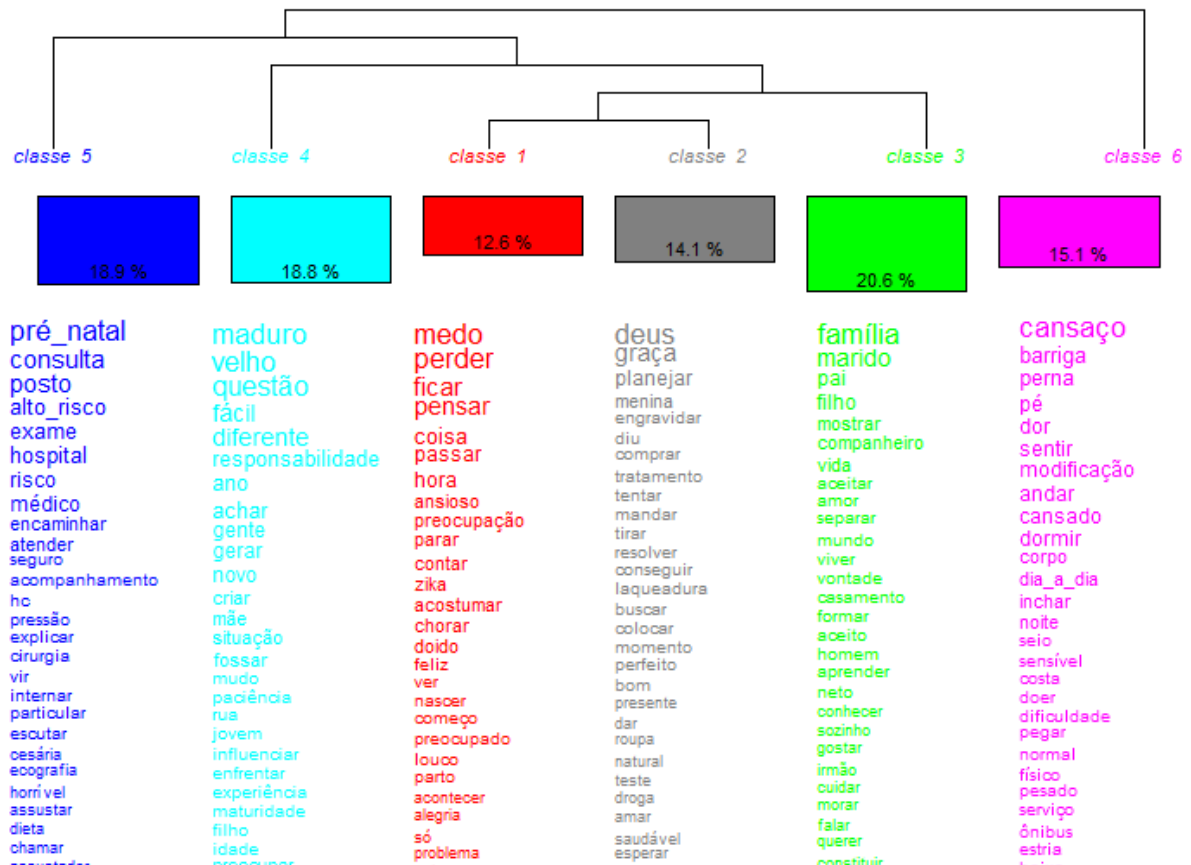
#####
tempo : 0h 0m 31s
#####

```

Fonte: A autora (2016)

A figura 5 mostra graficamente a distribuição das palavras nas classes. A partir da classificação, o conteúdo foi lido até que se pudesse captar a ideia central da classe. Apresenta-se a seguir a interpretação das classes em forma de categorias e subcategorias.

FIGURA 5 – DENDOGRAMA DAS CLASSES COM OS VOCÁBULOS CARACTERÍSTICOS



Fonte: A autora (2016)

#### 4.2.1 Classe 1 – Ambivalência: do medo à felicidade

O discurso das gestantes nessa classe girou em torno dos vocábulos: **medo, perder, ficar, coisa, passar, hora, ansioso, preocupação** (preocupado), **contar, chorar, feliz, ver, nascer, começo** e **parto**, os quais foram os mais frequentes e apresentaram valores elevados de  $\chi^2$  e  $p \leq 0,0001$ . Todas as palavras apresentadas nas próximas classes também obtiveram valores de  $p \leq 0,0001$ .

Essa classe representou 12,59% do discurso das participantes, tendo 110 ST aproveitadas das 874 geradas. Ao realizar a leitura aprofundada dos ST, optou-se por subcategorizar os dados para melhor entendimento.

##### 4.2.1.1 O medo do aborto

Essa subcategoria versou sobre o medo de perder o bebê, justificado por experiências anteriores das gestantes, ou porque apresentaram o sinal que as remeteu à perda, como o sangramento. Ainda apresentam o medo da perda relacionado à preocupação por causa da idade, passar do momento certo para o parto e “acontecer alguma coisa” que pudesse desencadear o abortamento. Exemplos podem ser ilustrados pelos discursos a seguir:

*“já vi muita mãe perdendo filho porque ficam esperando a hora e a criança acaba morrendo [...] eu também morro de medo de perder, já tive 3 perdas” (G20)*

*“mas do aborto eu tive muita dor e aí fico com esse medo de perder, de passar da hora” (G9)*

*“por causa da idade também ficava com medo de perder” (G15)*

*“perder é tão difícil de aceitar” (G1)*

*“a preocupação é com o bebê com a saúde dele, o medo de perder o bebê” (G5)*

*“meu medo era de abortar nos sangramentos que eu tive, já achei que estava perdendo” (G7)*

*“tem o medo de perder de acontecer alguma coisa” (G9)*

O medo é um sentimento atribuído por qualquer gestante durante o período gravídico puerperal. Na gestação tardia, por ser considerada de alto risco, o medo pode ser também potencializado pelos fatores, além da idade, aos quais a mulher muitas vezes está sujeita e, mais ainda, por estar em um serviço especializado. O acompanhamento de alto risco remete ao fato de a gestação não estar dentro dos parâmetros da normalidade, podendo, assim, gerar e levar à insegurança e ao medo em relação ao que pode acontecer com sua própria vida e a do bebê. (WILHELM et al., 2015).

Durante a gestação, a mulher passa por inúmeras transformações, sejam elas físicas e psicológicas, além de se estenderem ao aspecto familiar e socioeconômico em virtude das mudanças vivenciadas. Essas modificações, associadas à vulnerabilidade da situação de risco e à forma como a mulher vivencia a gestação em idade avançada, podem interferir diretamente nos sentimentos relacionados à gravidez. Assim, é importante que os profissionais de saúde ofereçam um suporte para além das demandas biológicas, para que a assistência seja singularizada e considere as experiências em família. (WILHELM et al., 2015).

O temor em ter a gestação interrompida pode estar associado a experiências anteriores com desfechos não satisfatórios. Estudo realizado na Pensilvânia, Estados Unidos, com 2.854 mulheres que apresentavam, ou não, antecedentes de abortos espontâneos, revelou que 47,5% do total das mulheres tinham medo de algum evento adverso para elas ou para seus filhos durante a gestação. Entre as que haviam passado pela experiência da perda, 52,1% temiam de que novamente isso pudesse acontecer na gestação atual. Ainda no mesmo estudo, as mulheres em idade avançada apresentaram significância estatística com maiores índices de medo de problemas que causassem a perda do bebê. (KINSEY et al., 2013).

#### 4.2.1.2 Preocupação com a saúde do bebê

Os discursos em torno desse tema foram relativos à incerteza da condição de saúde do bebê, como o medo de algum problema físico ou mental associados à idade da mãe, prematuridade, até mesmo o Zika Vírus, cuja epidemia vem preocupando as gestantes de todo o país. Os discursos a seguir demonstram essas preocupações:



*“a minha última já nasceu prematura e o meu medo era esse [...] fico pensando que tomara que nasça bem, que não tenha nenhum problema” (G7)*

*“eu tinha preocupação com ele, com a saúde dele, porque esse meu primo veio com um problema leve de retardo mental e eu tinha medo que o meu também por causa da minha idade” (G21)*

*“fiquei preocupada com isso da zika, fiquei apavorada com medo que ela não viesse bem porque eu nunca imaginei que estivesse grávida e nem me cuidei muito sobre esse zika, mas ela está bem” (G19)*

*“por tudo que eu ouvi eu tinha medo de ela vir com alguma deficiência, com alguma coisa por causa da minha idade” (G1)*

*“além do que pela idade é arriscado, não é fácil, eu acho que a criança pode nascer com algum problema, com alguma deficiência [...] eu me preocupo com isso porque a gente sabe que pode ter alguma doença” (G18)*

*“quando eu falava a minha idade eles perguntavam se eu sabia que tinha risco de ter síndrome de Down, se eu já tinha feito o exame da nuca” (G10)*

*“o comentário que mais surge é que o bebê pode nascer com deficiência, que pode vir a ter algum problema” (G16)*

Um estudo, que abordou as vivências da gravidez de alto risco, realizado em Divinópolis, Minas Gerais, mostra o sentimento de desestabilização da mulher que se descobre gerando um filho em situação de maior risco. (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011). A força de impacto dessa notícia leva à necessidade de reorganizar os sentimentos relativos à gestação. Antes a mulher idealizava uma gravidez com desfecho “normal”, depois passa pela possibilidade de resultados adversos, e essa vivência acaba, frequentemente, sendo associada à insegurança e ao medo. Assim, as mulheres se sentem vulneráveis, receiam a morte do filho, o nascimento prematuro e malformações, ainda que apresentem, de certa forma, confiança no desfecho dessa experiência. (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011; OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

#### 4.2.1.3 O medo do parto

Algumas participantes relataram que preferem o parto cesáreo. Os discursos mostram que a experiência anterior as deixa receosa quanto à via de parto normal,

seja porque passaram por algum sofrimento durante o procedimento ou porque vivenciaram situações que as faz lembrar de momentos indesejáveis. Acreditam que a idade interfere e dificulta o parto normal. Seguem os discursos ilustrativos:

*“eu fiquei com medo também por causa da idade, porque dizem que é gestação de risco, que a mulher morre, dá complicação no parto” (G2)*

*“só que estou pensando em pagar uma cesárea por fora [...] porque eu tenho medo de dar alguma coisa errada na hora do parto [...] porque parto normal eu não vou arriscar de jeito nenhum” (G9)*

*“tenho medo da hora do parto só de dar alguma complicação [...] eu prefiro que seja cesárea porque não corre tanto risco” (G15)*

*“eu sofri demais [no último parto normal] por isso eu preferia que fosse cesárea, e eu acho que eu já não tenho mais força [...] meu medo era e é a dor do parto porque quanto mais velha a gente fica, mais fracos os ossos ficam, a gente não é a mesma” (G20)*

*“eu queria parto cesárea [...] por causa da idade, também, porque já atrapalha um pouco se eu fosse mais nova seria mais fácil, mas com 41 anos fica mais difícil” (G16)*

*“a única preocupação que eu tenho é com o parto normal [...] eu tenho medo de não aguentar por causa da idade porque não tenho mais ânimo, nem força, nem nada [...] eu tenho medo de na hora não dar conta” (G19)*

O medo do parto é um sentimento natural, pois se trata do desconhecido. Um estudo nacional, realizado em Florianópolis, Santa Catarina, com 20 mulheres entrevistadas em uma pesquisa de representações sociais sobre os partos normal e cesáreo relata que, de um modo geral, as mulheres conhecem os benefícios do parto normal, porém apresentam sentimentos negativos como medo de tentar um parto normal e não conseguir, medo de acontecer algo ruim com o bebê. (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014). Esse estudo corrobora os resultados encontrados na presente pesquisa, de que, embora o medo das gestantes de não serem capazes de parir seja relacionado com a idade, e atribuem a isso a falta de força física para que o parto ocorra normalmente, existe o pensamento de que seus corpos são insuficientes e necessitam de ajuda externa, no caso, da intervenção cirúrgica para que tenham um resultado satisfatório.

Neste estudo, a pretensão pela via de parto vaginal ou cesáreo foi similar, 11 preferiram cesárea e 10, o parto vaginal. Apesar de estudos (TORLONI et al., 2013;

WANG et al., 2016) revelarem que o nível de escolaridade e as condições socioeconômicas das mulheres interferem nessa opção, não se pôde perceber essa relação. Das mulheres com nível médio e superior completo (nove), cinco revelaram ter preferência pelo parto cirúrgico. Das mulheres com nível fundamental completo ou incompleto (doze), sete referiram ter a pretensão de realizar um parto vaginal. Tal fato pode ser explicado na relação que elas têm com a percepção individual de risco em virtude de experiências vividas, influências familiares e aspectos culturais.

Estudo realizado na Suécia com gestantes sobre o medo do parto, em rotina de ultrassom, revela que sentimentos como a solidão durante o trabalho de parto, associado com a falta de suporte da enfermagem obstétrica, e o sentimento de incapacidade de parir são fatores centrais para que as mulheres relatem experiências negativas no processo de parturição. (NILSSON et al., 2012).

#### 4.2.1.4 Para além dos medos: felicidade

Apesar dos medos e preocupações, as gestantes relataram se sentirem felizes e alegres com a concepção.

*“mesmo quando me dava medo me dava uma segurança, uma confiança de que ela viria perfeita [...] mas Deus sabe de todas as coisas e eu estou muito feliz”* (G1)

*“quando eu descobri eu fiquei bem nervosa [...] por causa dos meus problemas de saúde [...] mas eu fui me acostumando agora estou gostando, estou adorando”* (G7)

*“fiquei feliz, mas ao mesmo tempo bem preocupada [...] então estou feliz, mas com uma certa preocupação”* (G10)

*“quando descobri a gravidez eu fiquei meio assustada, mas fiquei feliz [...] falam que com essa idade corremos mais risco e também por eu estar sozinha, mas apesar disso, eu fiquei feliz”* (G15)

*“ela está muito bem e eu também muito feliz por isso”* (G12)

Embora a gestante em idade avançada passe por momentos de fragilidade e sensações de medo, há um misto de sentimentos em que a felicidade e a alegria de estar grávida também passam a ser evidentes nas falas. O primeiro momento foi marcado pela preocupação com a saúde de ambos, todavia, passado o impacto da descoberta da gestação, muitas vezes não planejada, esse sentimento passou a ser

de satisfação. Além do mais, saber das condições de saúde do bebê as tranquilizou e possibilitou a sensação de felicidade.

No estudo de Oliveira, Madeira e Penna (2011), ao revelar a relação entre as mulheres e a equipe de saúde, encontrou-se que, quando os profissionais disponibilizam sua atenção para o esclarecimento de dúvidas e a realização de orientações detalhadas e focadas no problema apresentado, os sentimentos negativos são amenizados e há maior satisfação com o cuidado recebido pela equipe.

É imperioso destacar que atitudes acolhedoras dos profissionais de saúde no momento de descoberta também contribuem para uma experiência positiva da gestação de alto risco, providenciando suporte e tranquilidade para essas gestantes. É sabido que o diálogo compartilhado entre profissional e paciente transforma a noção do risco, de modo que o desconhecido, que é o causador do medo, seja revelado e passe a ter outro sentido na percepção das mulheres. (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011).

O diálogo não somente acerca do diagnóstico, mas também sobre outras demandas que a gestação de alto risco exige, proporciona às mulheres sentimento de segurança e confiança. (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011; OLIVEIRA; MADEIRA, 2011; KINSEY et al., 2013).

Nesse sentido, ações educativas institucionalizadas podem minimizar os medos, as preocupações, as culpas, os conflitos, as dificuldades de gerir as mudanças. Tais ações podem propiciar às mulheres a oportunidade de se expressarem sobre si, de exporem suas necessidades, sentimentos e preocupações. A equipe de enfermagem deve estar aberta a essas necessidades, muitas vezes, necessidades veladas pela falta de autoconhecimento da própria mulher.

Dessa forma, os profissionais devem tratá-las com compreensão, e perceber os aspectos pessoal, interpessoal e social que tudo isso envolve. Para tanto, precisam conhecer e considerar as condições psicossociais e culturais que influenciam na maneira como elas vivenciam a gravidez e as dificuldades apresentadas. (OLIVEIRA; MANDU, 2015).

#### 4.2.2 Classe 2 – O (não) planejamento e o Divino

Na segunda classe foram abordadas temáticas sobre o planejamento e o não planejamento da gestação, e em inúmeras vezes, atribuiu-se a concepção a questões divinas e religiosas. Essa classe apresentou como os principais vocábulos: **Deus, planejar, menina, engravidar, diu, tratamento, tentar, mandar, tirar, conseguir, laqueadura, colocar, momento, perfeito, bom, presente e dar**. Os discursos compuseram 14,07% do total do *corpus*, com aproveitamento de 123 ST.

*“casamos em abril e nos programamos [...] nos planejamos para tentar engravidar em agosto e em agosto mesmo já deu certo naturalmente”* (G8)

*“não foi planejado, eu estava aguardando a minha laqueadura pelo posto, 3 anos esperando”* (G7)

*“não foi planejado, mas você tem que estar feliz mesmo não tendo elaborado e planejado [...] às vezes você planeja uma coisa, mas Deus te manda outra porque ele vai te mandar o que realmente você precisa”* (G1)

*“essa gestação foi planejada, também eu esperei para ter filhos depois dos 30 anos devido aos estudos, ao trabalho a ter uma qualidade de vida para dar para criança e para mim [...] mas eu estou bem nessa gestação, não posso falar nada, tenho é que agradecer a Deus por estar tudo bem com ele e comigo”* (G11)

*“é uma experiência maravilhosa, foi planejada, mas na verdade eu esperava um, mas Deus mandou 2 [...] foi algo maravilhoso que Deus mandou para mim”* (G2)

*“foi uma decisão conjunta [engravidar], nós somos evangélicos então pensamos que é Deus quem decide [...] então, eu creio que não é decisão da mulher e nem do marido, é decisão de Deus”* (G13)

*“não estava nos meus planos, eu achei que devido à idade eu não engravidaria [...] mas como eu sou evangélica, tudo é permissão de Deus”* (G10)

*“nós planejávamos, mas mais para frente, não era uma prioridade, ele falou para deixarmos nas mãos de Deus, pois Deus sabe o que faz”* (G6)

Nessa categoria, as citações do divino e do planejamento da gestação apareceram como os principais elementos nos discursos das gestantes, por vezes surgiram isolados, por vezes associados. Pode-se perceber que há relatos de planejamento familiar, em que das 21 mulheres, oito referiram o planejamento da gestação. Porém, o restante, a grande maioria, não teve a gestação planejada.

Consonante a isso, um estudo realizado na Noruega, com 41.236 nulíparas com idade a partir de 25 anos, sendo 7.041 mulheres com idade maior ou igual a 33

anos (idade considerada avançada pelo estudo), destacou que 32,4% das gestações não havia sido planejada entre as mulheres com maior idade. (NILSEN et al., 2012).

Na sociedade atual, apesar de todo o processo de desconstrução da visão da mulher como um símbolo da maternidade e da reprodução fomentado pelos movimentos feministas, as mulheres ainda referem o desejo e planejam serem mães. Embora o casamento em si venha aos poucos sendo menos importante no imaginário feminino, a maternidade continua tendo um significado considerável para a maioria das mulheres, não obstante o adiamento seja cada vez mais frequente. (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014).

Na atual pesquisa, postergar a gravidez, pode-se dizer que é uma decisão predominantemente da mulher, quando refere que considera importante, antes de assumir a responsabilidade materna, investir em outras metas, como trabalho, estudo, apesar de também dizer que foi uma decisão conjunta.

Algumas mulheres que planejaram a gravidez mencionaram o investimento na vida profissional e acadêmica atrelada à necessidade de preparação para assumir as responsabilidades de ser mãe. Também relataram o desejo de estabelecer relações afetivas estáveis com parceiros considerados “certos” para a construção da família, desse modo, percebe-se que elas se referem a características resultantes de um processo de independência e autonomia conquistadas pelas mulheres contemporâneas.

A possibilidade de planejar a gestação é um fator importante para uma gravidez e parentalidade saudáveis, fato que era pouco comum algumas décadas atrás. Atualmente, os avanços relativos à anticoncepção, e mesmo à fertilização assistida, têm possibilitado maior poder de decisão aos casais. (PARADA; TONETE, 2009; EL HAKIM et al., 2014).

Nas falas se percebem referências ao uso do DIU e tratamento para tentar conceber, o que configura alguma iniciativa de planejamento familiar. O planejamento de uma gestação inclui vários fatores, como evidencia um estudo realizado com 126 mulheres em São Paulo, em que as autoras destacam a relação entre o planejamento e a idade avançada. As mulheres mais experientes, do ponto de vista reprodutivo, e não apenas a mulher com alta escolaridade ou com trabalho bem remunerado são as que mais planejam suas gestações. Outro aspecto destacado foi o fato de as mulheres mais velhas, que mantinham relações estáveis com parceiros também mais velhos, e já haviam vivenciado uma gravidez ou um

abortamento anterior, foram as que mais planejaram a gravidez. (BORGES et al., 2011).

Nesta pesquisa 13 mulheres não planejaram a gravidez, e destas, sete tinham 40 anos ou mais. Fato que vai de encontro ao estudo anteriormente citado que destaca um planejamento maior entre as mulheres mais velhas. Reitera-se neste estudo, de que as mulheres argumentam que não imaginavam poderem engravidar devido à idade e por isso não tiveram cuidados de anticoncepção. Esse é um fator preocupante, pois apesar de idade avançada não ser isoladamente um preditivo de risco, sabe-se que essas gestações podem vir a desencadear complicações para a mãe e para o bebê.

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde realizem ações educativas de anticoncepção, planejamento familiar e compartilhem as informações sobre a gestação em idade avançada com as mulheres dessa faixa etária. Assim, cientes dos riscos que possam estar expostas, as mulheres e seus parceiros podem fazer uma escolha e ter um planejamento consciente de uma gestação em idade avançada.

Quando não há um planejamento gestacional, a descoberta da gravidez pode provocar várias emoções desde alegria e prazer até tristeza profunda e sensação de desamparo, como relatado em um dos discursos do presente trabalho, em que a mulher se diz preocupada por estar sem parceiro, confidenciando que é difícil estar sozinha nesse momento. (LEITE et al., 2014).

A reação a todo esse processo é complexa e pode ser vivenciada de diferentes modos pela mulher, seu parceiro e familiares, e está diretamente ligada ao desejo e planejamento da gestação. Quando há a notícia de uma nova gestação, deve-se valorizar a perspectiva da gestante, o significado que esse evento representa para ela e sua família, visto que é nesta fase que já se inicia um vínculo entre mãe/filho/família. Por isso é importante que desde o início haja um esforço dos profissionais de saúde para que a vivência da mulher em relação à gestação seja a mais prazerosa possível. (LEITE et al., 2014).

As gestantes pesquisadas apresentam escolaridades variadas, sendo difícil uma padronização. Em relação a isso, estudo aponta a importância do grau de instrução como indicador do nível socioeconômico e da qualidade de vida. Dessa forma, a relação entre o nível de escolaridade e a gravidez pode interferir na fecundidade da mulher e no conhecimento sobre o uso de métodos contraceptivos.

(REZENDE; SOUZA, 2012). Ademais, inclui-se o fato de as mulheres considerarem que é mais difícil engravidar acima de 35 anos como um impasse para o uso de métodos anticoncepcionais.

Atrelado a isso, a menção a Deus apareceu muitas vezes durante as entrevistas na fala “*graças a Deus*” ou referindo-se à gestação como uma escolha de Deus. A religiosidade é um preceito muito ligado à saúde, principalmente em situações em que o medo do sofrimento e da morte está presente. As pessoas, em geral, buscam nas crenças religiosas e espirituais significados e respostas frente à condição de saúde na qual se encontram. No contexto de alto risco, pode ser mais confortável para as mulheres não se incumbir dessa decisão de engravidar em meio a todas as consequências advindas dessa escolha. (QUEVEDO, 2010).

Em um estudo realizado em Portugal com 24 participantes, Guedes et al. (2011) ressaltam que a figura divina ou a exaltação à religião foram analisadas como uma forma de desresponsabilização pela falta de planejamento familiar.

Há uma motivação para entregar o destino nas mãos de Deus, proporcionada pela crença em uma força exterior poderosa que dá suporte a esse momento o qual é arraigado pelo desamparo e fragilização devido às incertezas da situação de saúde. A esperança e a gratidão por estar “tudo bem” é em virtude da intervenção divina, de um Deus que cuida, e em que tudo se torna possível, inclusive a gestação em condições atípicas. (QUEVEDO, 2010).

A crença religiosa e espiritual é um recurso de enfrentamento às dificuldades e sofrimentos vividos. O apelo a Deus pelas gestantes de alto risco é devido ao medo dos problemas de saúde que serão enfrentados por ela e pelo filho, neste caso essa crença encoraja a mulher a encarar o risco gravídico. (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Ainda que para a realização do cuidado integral se pressupõe que as questões religiosas e espirituais devam ser consideradas dentro de um plano de cuidados e, apesar de atualmente haver a tendência à incorporação da dimensão religiosa e espiritual dentro do campo saúde, ainda é um desafio para os profissionais inserir essas questões nos cuidados aos pacientes e famílias. (BOUSSO et al., 2011). É importante que esse assunto também possa fazer parte do cuidado às mulheres para que se tenha melhor compreensão das crenças e valores que envolvem cada uma e, assim, buscar um cuidado efetivo e de excelência na saúde.



#### 4.2.3 Classe 3 – (Re)organização familiar: do apoio a não aceitação

A terceira classe teve como principal temática a família, desde a constituição de um novo núcleo familiar aos obstáculos enfrentados em virtude da falta de apoio diante da gestação. Os vocábulos mais significantes da classe foram: **família, marido, pai, filho, companheiro, vida, aceitar, amor, separar, mundo, viver, casamento e formar**. A classe representou 20,59% dos discursos e teve o aproveitamento de 180 ST dos 874. Os temas predominantes foram subcategorizados conforme as falas mais características.

##### 4.2.3.1 (Re)construindo a família

Dentre os discursos, o fato de terem filhos com a idade atual foi justificada pela constituição do núcleo familiar com o primeiro companheiro e o primeiro filho do casal ter ocorrido nesse momento da vida. Ainda que não fossem primíparas, a relação com um novo parceiro sem filhos resultou em concepção de um bebê.

*“eu acho que esperei até agora porque foi quando comecei a constituir a minha família e casei” (G8)*

*“meu marido não tem nenhum filho e, como é meu segundo casamento, e ele não tem...” (G5)*

*“esse meu marido tinha 35 anos na época e não tinha nenhum filho, como ele queria um filho eu tive um com ele” (G20)*

*“adiar a gravidez não foi uma decisão não foi nem escolha, foi quando eu tomei consciência das coisas da vida aconteceu” (G13)*

*“esse é o meu segundo casamento e meu marido não tem filhos, então, era uma coisa de que tínhamos vontade” (G6)*

*“agora estou com o segundo marido e nós conversamos e ele me pediu, ele queria muito ter um filho dele, ele nunca foi casado e não tem filhos” (G21)*

A presente classe apresentou discursos que tratam das questões familiares associadas à gestação atual, tendo como principal foco a relação com o companheiro, a aceitação da gestação pela família e pela própria gestante e o apoio que as mulheres receberam ou não de seus familiares.

As transformações sociais ocorridas nas últimas décadas em prol de maior liberdade sexual das mulheres, independência laboral, financeira e maior autonomia em vários âmbitos de suas vidas influenciaram, também, em suas relações conjugais. As estruturas familiares estão se modificando e atualmente existem diferentes tipos de núcleos familiares. A mulher, quando se depara com uma relação malsucedida, por vezes, opta a outro relacionamento e reestrutura sua conjuntura familiar. Um novo casamento pode suscitar o desejo de um filho proveniente daquela relação com o novo companheiro. (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011; PARADA; TONETE, 2009).

Nessas diferentes formas de organização familiar existem desde as formações de famílias tradicionais com pai, mãe e filhos; monoparentais quando um dos pais é responsável pelos filhos; e a simultânea, relatada em alguns casos nesse estudo, em que um ou ambos os cônjuges tiveram uma união anterior à atual e há filhos de diferentes pais em um mesmo grupo familiar. (PARADA; TONETE, 2009).

Em seu estudo, Parada e Tonete (2009) relatam situação semelhante da mulher que gesta com mais de 35 anos, sendo uma mulher que já teve outras relações anteriores resultando em filhos e que, a partir de uma nova comunhão conjugal, decide “dar um filho” ao novo companheiro.

Outro estudo, de Quevedo (2010), alude que algumas mulheres em idade avançada tinham como motivação o desejo de engravidar para dar um filho ao marido, associando a ocorrência da gestação ao relacionamento conjugal. Além disso, destaca que o amor e a paixão pelo companheiro desperta o desejo de oferecer a ele um produto desse amor, que é um filho. Percebe-se que a existência de um novo relacionamento faz com que as mulheres engravidem para satisfazer o desejo dos seus maridos.

Ao assumir um relacionamento conjugal estável, a mulher tem mais confiança não somente na gestação, mas também nas questões financeiras e de divisão de tarefas, pois se pressupõe que o companheiro realmente se torne responsável por boa parte do suprimento das condições básicas de sua nova família. Tanto o preenchimento afetivo, social e financeiro podem representar para a mulher que engravida fatores importantes para o enfrentamento das novas condições de vida. Hoje, o homem se mostra presente no contexto familiar, não

somente como provedor, mas igualmente como parte do planejamento familiar. (FERREIRA et al., 2016; NOGUEIRA; FERREIRA, 2012).

Em estudo de revisão (ALDRIGHI et al., 2016), as autoras evidenciaram que um dos fatores para adiar a gestação para após os 35 anos está relacionada com a busca pelo parceiro “certo”, aquele que vai proporcionar condições financeiras e emocionais para a formação de um núcleo familiar.

Em concordância com esse achado, Budds, Locke e Burr (2016) mostram em seu estudo que o relacionamento “certo”, a segurança e a estabilidade em relação às circunstâncias econômicas de vida são um conjunto de fatores que impelem a mulher a adiar a maternidade, pois sem eles essas mulheres não viam condições de se tornarem mães mais cedo.

#### 4.2.3.2 O apoio familiar

Nessa subcategoria, as gestantes relatam o apoio que receberam da família, o cuidado e o carinho desta para com elas e a felicidade dos outros filhos e dos companheiros com a chegada do novo bebê.

*“meus filhos já gostam da ideia, toda a minha família [...] estão todos muito cuidadosos comigo” (G16)*

*“minha filha e meu esposo ficaram muito felizes, a família toda ficou feliz porque a minha filha queria demais que eu tivesse mais um filho” (G10)*

*“foi legal saber que estava grávida de novo, foi normal, minhas irmãs também gostaram bastante, e vai ser o último neto da mãe” (G5)*

*“eles são bem zelosos e estão bem felizes com a minha gestação, todo mundo ficou muito feliz com isso” (G11)*

*“para o meu marido está sendo maravilhoso, ele está no céu, e ele é muito companheiro, me ajuda, me cuida, me dá carinho e essa criança vai trazer muita felicidade para gente” (G20)*

*“a minha filha vai ficar mais feliz, o marido também, a minha filha está realizada” (G14)*

*“foi uma festa, está todo mundo acompanhando” (G11)*

*“a aceitação das minhas filhas está sendo maravilhosa” (G6)*

Além do companheiro, a família extensa se constitui como o principal suporte que as mulheres possuem para auxiliá-las durante o período gestacional. Na

gestação de alto risco, que é o caso das mulheres desta pesquisa, a família se torna, além de um apoio nos momentos de felicidade e alegria, também nas situações dificultadoras que o alto risco impõe.

A gravidez é um momento em que os laços familiares podem ser aproximados ou reatados em função da expectativa do bebê e da condição da mulher, em que toda a rede familiar é atingida. O apoio da família e do companheiro ajuda a mulher a vivenciar o período gravídico com mais tranquilidade. Esse suporte lhe proporciona mais segurança para enfrentar os desafios desse momento. (QUEVEDO; 2010).

Nesse sentido, a enfermagem deve estimular a inserção do companheiro e da família no pré-natal. Essa é uma ação amplamente fomentada, pois inserir a família nas ações educativas é ter aliados para a promoção da saúde dessa gestante, assim como é um direito de ambos. Também, é uma forma de acolher melhor as demandas individuais da gestante, pois quando os cuidados se estendem à família, relações são estabelecidas, há maior interação e confiança no profissional que presta esse cuidado. Assim, a enfermeira pode conhecer a gestante de modo que consiga entender suas demandas a partir da sua perspectiva e não somente da profissional.

#### 4.2.3.3 A não aceitação da gestação

Os relatos mostram que a não aceitação da gravidez perpassa pela própria visão da mulher nessa situação devido à idade em que se encontra e pela rejeição dos filhos mais velhos.

*“até hoje eu não aceitei direito a gravidez quando [...] até hoje fico pensando será que estou grávida mesmo, não caiu a ficha ainda” (G18)*

*“não tenho nenhum apoio da família por enquanto [...] então está sendo nem bem aceita, nem mal aceita, está sendo razoável” (G18)*

*“meu filho não aceitou, ele não aceita [...] mas para mim eu não consigo aceitar ainda [...] o que pesa para mim é a minha idade, eu não aceito estar grávida aos 41 anos” (G19)*

*“eu não queria essa gestação atual, não aceitava no início [...] 35 anos já é uma idade de se aposentar, pendurar as chuteiras da maternidade” (G20)*

*“[o marido] não aceitou, dizia que como que eu ia estar com 42 anos e carregando um bebê” (G14)*  
*“foi complicado no começo para os filhos aceitarem, minha filha estava grávida, meu filho adolescente não aceitou” (G15)*

Apesar de existir para algumas mulheres maior envolvimento da família durante a gestação, outras não tiveram esse apoio nesse período. Houve relatos da não aceitação da gestação por parte dos filhos mais velhos e também das próprias gestantes. O fato de não aceitarem a gestação pode ser caracterizado como um risco adicional para a adaptação da gestação e de seu desenvolvimento saudável. (QUEVEDO, 2010). Tal situação é apontada pelo MS como um fator de risco enquadrado nas características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis. (BRASIL, 2012a).

Por isso, é imprescindível que os cuidados de enfermagem abranjam questões pessoais e familiares, a fim de compreender melhor a dinâmica estabelecida nesse núcleo familiar para, a partir de necessidades individuais, atuar da melhor forma possível. O apoio da equipe de saúde nesse momento é fundamental para que a mulher, que já se sente sozinha sem o suporte familiar, sinta-se cuidada e protegida. Dessa forma, os riscos relacionados a esse (a) aspecto podem ser minimizados e a gestação pode ter o seu desenvolvimento mais favorável.

#### 4.2.4 Classe 4 – Maturidade como uma facilidade à maternidade

Nessa classe, as gestantes relatam que a idade traz experiência e maturidade, assim, sentem-se mais preparadas para a maternidade. Destacam que a maturidade é uma facilidade, pois diferente de quando eram mais jovens, hoje são mais responsáveis, cuidam mais da saúde na gestação, são mais pacientes e aproveitam mais o momento gestacional.

A classe tem como os vocábulos representativos: **maduro** (maturidade), **velho**, **diferente**, **responsabilidade**, **ano** (idade), **achar**, **novo** (jovem), **criar**, **mãe**, **mudo** (mudar), **paciência**, **influenciar**, **enfrentar**, **experiência** e **filho**. Os ST dessa classe representaram 18,76% dos discursos, sendo 164 aproveitados.

*“acho que a idade mesmo nos deixa madura, mais velha, temos mais paciência [...] quando eu tinha 20 anos e ela nasceu eu estudava, não estava preparada para ter um filho” (G7)*

*“até porque sei mais, tenho mais experiência e aí tenho mais responsabilidade” (G5)*

*“mas a questão de cuidado de você ter maturidade até na alimentação com 36 é diferente porque o cuidado é mais intenso, a questão da preocupação é diferente” (G6)*

*“eu acho que em relação a minha cabeça é mais fácil hoje em dia, naquela época eu era mais nova eu não curtia muito [...] e hoje acho que com a minha cabeça eu vou aproveitar mais, vou cuidar melhor porque com a idade amadurecemos, pensamos diferente” (G15)*

*“me considero mais madura, isso é uma facilidade para mim [...] a gente fica mais zelosa, o pensamento muda, as prioridades são outras” (G21)*

*“hoje em dia estou mais consciente de muitas coisas, muito mais madura do que, por exemplo, aos 20 anos” (G17)*

*“se eu pudesse eu tinha esperado para ter filho mais velha porque aí já tem experiência, responsabilidade” (G7)*

*“já temos a nossa casa, temos todas as nossas coisas, nós com certeza somos mais maduros, também sabemos mais das coisas” (G9)*

*“o aprendizado que a vida nos dá nos deixa mais maduros para as decisões que tem que tomar que influenciam na criação de uma criança” (G11)*

*“a minha vida material hoje é melhor bem melhor, o financeiro, a minha estrutura é bem melhor do que há 16 anos” (G10)*

A questão da maturidade devido à idade da mulher durante a gestação surgiu como foco principal dessa classe. As mulheres se percebem mais preparadas tanto para cuidar de um filho quanto para arcar com as responsabilidades de serem mães e provedoras da criança.

Estudos apontam que a maturidade é uma das maiores vantagens da maternidade em idade avançada. A experiência de vida desenvolvida pela mulher madura implica maior segurança e sentimento de competência nos cuidados de uma criança. (GOMES et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2011; BUDDS; LOCKE; BURR, 2016).

Em seu estudo, Nelson (2004) relata que as mulheres acreditam que elas serão mães melhores do que quando mais novas, em particular elas relatam os benefícios de sua maturidade e paciência. Carolan (2005) traz em seu estudo as mesmas observações sobre as vantagens de ser mãe em idade tardia.

Além disso, um estudo longitudinal revela que as vantagens não se limitam somente às mães, mas também aos filhos de mulheres maiores de 35 anos, como melhores índices de saúde e desenvolvimento nos primeiros cinco anos de vida, em comparação com as mais novas; menor risco de lesões, melhores níveis de desenvolvimento de linguagem e menos dificuldades emocionais. (SUTCLIFFE et al., 2012).

Para autores, o adiamento da gravidez para depois dos 35 anos está associado a uma sensação de preparo para a maternidade, pois mulheres que engravidaram tardiamente são mais propensas a serem emocionalmente resolvidas, estáveis, seguras de si, preparadas para os novos desafios, adaptáveis e flexíveis no que diz respeito à criação dos filhos. (BUDDS; LOCKE; BURR, 2016).

Ballone (2011) relata que comumente as mães mais maduras estão em estado psicológico mais preparado, e mais decididas para assumir a gravidez e as responsabilidades da maternidade. Além disso, geralmente a maturidade traz por meio da experiência de vida menos conflitos emocionais. A gravidez pode ter sido mais planejada, mais desejada e, na maioria das vezes, o parceiro tem melhor aceitação e fez parte do planejamento.

A gravidez depois dos 35 anos se trata de um processo de decisão de duas pessoas experientes, que de modo geral vivem um relacionamento mais sólido e estável, com maior experiência de vida, estabilidade econômica e que assumem integralmente a responsabilidade dessa opção. (BALLONE, 2011; BUDDS; LOCKE; BURR, 2016). Na prática o que se percebe é que o recém-nascido é visto como um privilégio e um presente, proporcionando grande felicidade aos pais. (BALLONE, 2011).

Apesar de a maturidade da idade tardia trazer os benefícios citados pelas gestantes, o fato de ser mãe mais velha também é alvo de preconceitos.

*“as pessoas vêm e criticam a minha idade porque eu vou fazer 40 anos, mas estou me sentindo como se eu tivesse 21 anos, como se fosse a minha primeira gestação” (G1)*

*“me sinto velha acho que em todos os sentidos, se agora o povo já está me julgando imagine quando me virem com uma criança no colo, o povo é muito mau, não é fácil” (G19)*

*“o patrão que fala que isso é um absurdo, engravidar agora com a última com 14 anos e começar tudo de novo, mas não dou importância” (G21)*

*“falam que sou louca de engravidar nessa idade, que tinha que*

*ter pensado antes de engravidar porque pode nascer com uma síndrome” (G10)*

*“às vezes sinto que tem preconceito comigo pela idade, o próprio médico do outro hospital me perguntou por que eu fui ter filhos depois dos 35 anos” (G11)*

*“às vezes vejo julgamento, até minha mãe ficou falando que eu não tinha mais idade para engravidar, que eu estava correndo risco, o que os outros iriam falar” (G12)*

*“a minha chefe me julgou quando soube da gravidez, ela me chamou de velha de louca, de um monte de coisa” (G14)*

Mesmo com os benefícios citados acima, algumas mulheres grávidas depois dos 35 anos não estavam totalmente preparadas para a falta de controle que têm sobre o que as pessoas pensam da sua condição. O preconceito em relação à gestação em idade avançada surgiu em algumas falas confirmando as preocupações de outras mulheres na mesma situação, como relata o estudo de Yu-O Yang, Peden-Mcalpine e Chung-Hey Chen (2007) realizado em Taiwan com 10 mulheres grávida de 35 a 44 anos, em que elas se sentem fora dos padrões da sociedade e temem pela aparência de avós dos próprios filhos.

Isso pode abalar essas mulheres emocionalmente e vir a prejudicar o período gravídico puerperal, pois o preconceito que cerca uma gravidez em idade avançada pode ser responsável pelo desencadeamento de distúrbios psíquicos como a ansiedade e a depressão. (GOMES et al., 2008).

Nesse sentido, é importante que os profissionais da saúde orientem suas ações e cuidados prestados às gestantes em idade avançada por meio de uma abordagem que vá além do simples critério de idade e considerem também as questões subjetivas, a história de vida e as condições sociais da gestante. Reconhecer e desempenhar o papel da integralidade do cuidado é considerar muitos aspectos além dos físicos. Após uma avaliação pormenorizada dos elementos complexos que podem envolver eventuais preocupações é que a gestação tardia pode merecer maiores preocupações.

A gravidez em idade avançada deveria perder a conotação de anormalidade, e passar a ser considerada como resultado de mudanças sociais e evoluções na medicina reprodutiva. Isto exige que se ultrapassem algumas barreiras e desafios, como os preconceitos tanto das pessoas em geral quanto dos profissionais que prestam cuidados, pois a gestação em idade avançada atualmente é um fenômeno cada vez mais comum e tende a continuar em crescimento. (GOMES et al., 2008).



#### 4.2.5 Classe 5 – A idade avançada e a percepção do risco

Muitas das gestantes realizavam o pré-natal por apresentarem doenças crônicas, porém outras estavam no serviço somente pela idade. O risco atrelado à idade, por vezes, não era reconhecido. De outro modo, sentiam-se confortáveis por estarem em um acompanhamento de alto risco, pois relatam segurança, maior cuidado e preocupação da equipe de saúde com a gestação.

A classe representou 18,88% do *corpus*, do qual utilizou 165 ST em sua composição. Os vocábulos em destaque foram: **pré-natal, consulta, posto, alto risco, hospital, risco, seguro, hc** (Hospital de Clínicas da UFPR), **pressão, internar, escutar, cesárea e ecografia**. A seguir, exemplos dos discursos característicos da classe.

*“eu vim fazer o pré-natal no alto risco, mas não sinto que tenha risco, não sinto que tenha nada” (G13)*

*“a princípio não tem nada de risco, fiz os exames e está tudo bem” (G10)*

*“para o hc eu sou de risco, mas dentro de mim eu sou uma pessoa normal, eu me considero na categoria humana mesmo” (G8)*

*“eu fico pensando por que alto risco, o que está acontecendo por que não explicaram para mim o porquê do alto risco [...] será que eu tenho alguma coisa grave e ninguém me falou?” (G18)*

*“mas com 41 anos fica mais difícil, eu faço pré-natal no alto risco só por causa da idade, é o único problema, o médico do posto me explicou que aqui tem mais como eles me apoiarem” (G16)*

*“quando vim para cá pensei que a minha gravidez podia não ir para frente, que ia ser de risco mesmo, que eu ia ter problema de saúde pela idade” (G2)*

*“eu vim para o alto risco por causa da pressão da perda da primeira gestação que me deu pré-eclâmpsia, eu me senti mais segura fazendo pré-natal no alto risco” (G11)*

*“e mesmo assim me sinto segura fazendo todo esse acompanhamento aqui no hc [...] os profissionais me passam essa segurança de eu não ficar com dúvida, não tenho do que reclamar [...] eu me senti bem segura porque é um ótimo hospital” (G6)*

*“prefiro fazer o pré-natal no risco porque aqui tem mais assistência [...] por causa da idade, dos remédios para*

*depressão e por causa do hipotireoidismo” (G15)  
 “eu achei que o pré-natal no hc seria melhor, mais seguro, todo mundo falava que era mais seguro” (G9)*

Os dados mostram que a maioria das mulheres apresentava, além da idade avançada, alguma morbidade, decorrente ou não da gestação, e apesar disso, elas não se sentiam em risco. Dos relatos, apreende-se que elas associam o risco com problemas aparentes de saúde, cujos sinais e sintomas as fazem se sentir doentes e, conseqüentemente, em risco. Ao relatar o imaginário de que por estarem em um serviço de alto risco a gestação seria mais difícil, e, na realidade não apresentarem modificações de saúde, entende-se que há um discurso subjetivo de risco. O que não apresentou expressão no corpo físico e no cotidiano não foi percebido como perigo iminente.

A perspectiva de risco tem sido utilizada como um dispositivo de regulação no âmbito da saúde pública. Assim, na saúde materna e na infantil o objetivo é de prevenir possíveis morbimortalidades para mães e fetos. Contudo, há dificuldades em sua classificação, pois de um lado há o risco objetivo, ou seja, a visão biomédica do risco que representa as intervenções medicalizadas baseadas nas morbidades presentes, antes ou durante a gestação. De outro lado, o risco subjetivo, que passa à visão das próprias gestantes sobre a sua condição, conforme seu contexto social, seus valores culturais e experiências. (ROBLES, 2015).

Esse tipo de classificação, Robles (2015) chama de processo de sanitização, porque além da perspectiva das próprias mulheres, recai sobre elas as questões sociodemográficas e econômicas, enquadrando-as em uma categoria epidemiológica de risco.

Bayrampour et al. (2012) também afirmam em seu estudo que as mulheres não percebem estar em risco gestacional devido à idade. Neste estudo, as falas demonstram sentimento de controle dos próprios corpos, pois se sentem saudáveis. O estado de saúde é frequentemente avaliado como um fator que diminui os riscos gestacionais. Também relatam que por não sentirem nada, há uma superestimação dos fatores de risco, comparam as experiências já vividas por familiares e amigos que passaram por situações semelhantes e tiveram um desfecho favorável.

Algumas mulheres deste estudo realizavam o pré-natal no Alto Risco somente pelo fator idade, sem apresentar comorbidades que ensejassem um maior risco gestacional. Apesar de o MS, no Manual Técnico – Gestação de Alto Risco (2012a),

considerar a idade maior de 35 anos como um fator de risco gestacional, ele não define, isoladamente, a gestação como sendo de alto risco por esta razão.

No protocolo, o MS cita apenas duas vezes a idade materna tardia e não esclarece sobre alguma peculiaridade, não apresenta orientações direcionadas a esse público específico, tampouco cita a existência de uma política pública específica acerca da gestação tardia. Ainda, na instituição pesquisada, o Ambulatório de Alto Risco não possui nenhuma diretriz formal específica de atendimento às gestantes com 35 anos ou mais, sendo estas classificadas de risco apenas por fazerem parte do grupo etário estabelecido pelo MS.

Na gestação que requer um acompanhamento de alto risco, a mulher experimenta situações de adaptação emocional associadas a diversos fatores vinculados à condição clínica. Quando estão no alto risco, o medo real recai sobre si mesma e sobre a saúde do próprio filho. (CALDAS et al., 2013).

Em contrapartida, a presente pesquisa mostra que realizar esse acompanhamento em serviço especializado traz segurança. Um estudo, que investigou as percepções e sentimentos das gestantes sobre o pré-natal de alto risco, evidenciou que as mulheres reconhecem o pré-natal de risco como o local apropriado para o seu cuidado. (OLIVEIRA; MANDU, 2015).

Os dados apontam em sua maioria que, apesar de não se perceberem em risco, as mulheres se mostraram confortáveis ao realizar um pré-natal de risco, citam uma maior preocupação dos profissionais de saúde quanto à sua gestação e, por isso, sentem-se mais cuidadas. Esse evento corrobora o estudo de Oliveira e Mandu (2015), em que as gestantes julgaram basicamente aspectos relacionais, procedimentos de rotina, acesso a informações/explicações nos atendimentos e acesso fácil aos serviços, avaliando satisfatoriamente a assistência recebida pelos profissionais.

Ainda ratificando o estudo de Oliveira e Mandu (2015), as gestantes atribuem a segurança no cuidado especializado à disponibilidade de tecnologias do serviço de alto risco, ausente na atenção básica. Citam a possibilidade de serem atendidas em qualquer horário ao precisarem ser hospitalizadas e, também, a presença da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, já que, segundos estudos, os bebês podem ter alguma complicação advinda da idade e das comorbidades.

Nesse estudo, um discurso revela a falta de explicação sobre o acompanhamento de alto risco. Nesse sentido, contrariando a perspectiva descrita

no parágrafo anterior, um estudo de revisão (ALDRIGHI et al., 2016) registra que as gestantes em idade avançada relatam a falta de informações sobre o pré-natal de risco e outros aspectos que envolvem a gestação, que vão para além do risco objetivo.

É necessário que os profissionais prestem o cuidado de forma a englobar todos os âmbitos da vida das mulheres, concedam o maior número de informações possíveis para que, além da satisfação com o profissional e o serviço, a saúde das gestantes seja preservada e se minimizem eventuais problemas decorrentes da falta de informações.

Ressalta-se que no serviço pesquisado, a Enfermagem, na figura da enfermeira setorial e das residentes, realiza grupos antes do atendimento médico. Porém, esses grupos são voltados quase que somente à amamentação e aos cuidados com o bebê. É premente que haja um apoio dos profissionais no que tange a outros aspectos, como o fortalecimento das informações médicas sobre quais os propósitos do pré-natal de risco, explicar sempre de forma clara e linguagem acessível sobre os motivos das consultas no serviço especializado, realizar um plano de atendimento individual que englobe todas as necessidades apresentadas pela gestante. Além disso, a Enfermagem deve estar explicitamente disponível para que as mulheres possam procurar aconselhamento e orientações.

#### 4.2.6 Classe 6 – A idade biológica do corpo dificultando a gestação

Essa classe teve como principal tema as dificuldades físicas apresentadas pelas gestantes em idade avançada. As modificações se concentraram em mais cansaço, dores no corpo, edemas, e, ao realizar atividades diárias e laborais, antes executadas com normalidade.

A sexta classe tem como principais vocábulos: **cansaço** (cansado, cansativo), **barriga**, **pé**, **dor** (doer), **sentir**, **modificação**, **andar**, **dormir**, **corpo**, **inchar** (inchado), **seio**, **sensível**, **costa**, **dificuldade**, **normal**, **peso**, **continuar** e **maior**. Foram utilizados 132 ST, concentrando 15,1% do total dos discursos nessa classe.

*“eu me sinto enorme, maior do que das outras, me sinto sensível, cansaço, bastante dor nas costas” (G3)*

*“vivenciar essa gestação está sendo bem diferente das outras porque antes eu trabalhava normal, não sentia dor e cansaço, essa está sendo bem complicada” (G18)*

*“eu engordei bastante nessa gestação, aí me sinto muito cansada, muito mesmo cansada, parece que é a mente que cansa” (G15)*

*“vejo que eu me canso muito rápido, cansaço físico mesmo, a perna fica mais pesada, não tenho tanto fôlego [...] não tenho tanta disposição” (G11)*

*“algumas dores normais, eu acho que devido ao peso que está aumentando” (G10)*

*“cansaço físico [...] eu me sinto bem mais ofegante, chega a dar um pouco de falta de ar em alguns momentos” (G17)*

*“o físico, como eu já falei, nas outras eu não tinha tanto problema, hoje eu sinto mais até pelo peso da idade, mas nada que eu não consiga superar” (G6)*

*“sinto muita dor porque os ossos estão se abrindo, me sinto um pouco mais cansada talvez também pela idade que estou” (G1)*

Como se percebe, os resultados mostram que o cansaço foi a modificação que mais se destacou dentro dessa categoria, seguido das modificações próprias da gestação como o inchaço dos pés, dores nas pernas e nas costas.

O corpo humano, com o passar do tempo, sofre alterações fisiológicas inevitáveis. A mulher que engravida em idade avançada, além das transformações relacionadas com a idade, passa pelas mudanças advindas da gestação. Com o envelhecimento do corpo, algumas capacidades essenciais para um bom desenvolvimento gestacional são perdidas, como por exemplo, a disposição e o vigor físico para o desempenho de atividades do cotidiano. (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014; NELSON, 2004).

As modificações que ocorrem no corpo estão ligadas ao aumento de hormônios responsáveis pelas adaptações do organismo a sua nova condição. Essas mudanças incidem principalmente nos sistemas cardiorrespiratório, musculoesquelético e no metabolismo geral, não se restringindo apenas aos órgãos, mas também à mecânica do corpo feminino, tais como alterações do centro de gravidade e da postura. (BONADIO; TSUNECHIRO; ARAÚJO, 2014a).

Ao longo da gestação, o inchaço nos membros inferiores fica mais frequente, pois o crescimento do abdômen dificulta a circulação sanguínea. A mudança do centro de gravidade do corpo incide no desalinhamento da postura e dores na lombar. Assim, os ajustes hormonais que o corpo precisa fazer e o aumento do volume de sangue no organismo faz o metabolismo ficar mais acelerado, dessa

forma a mulher tem mais fome e mais cansaço. (BONADIO; TSUNECHIRO; ARAÚJO, 2014a).

Gomes et al. (2008) destacam como desvantagem para a gestação tardia a redução da disposição física após os 35 anos. Porém, ressalta-se que vários fatores podem interferir na disposição física como qualidade de vida, condicionamento físico, hábitos saudáveis.

Durante todo o período gestacional, as mulheres podem apresentar alguns sintomas característicos como retenção de líquidos, dor nas mamas, nas pernas e na barriga. Os hormônios também fazem o intestino trabalhar mais devagar e respondem pelas alterações de humor. Nessa fase, também é comum o aumento de peso devido às alterações endócrinas do corpo. (BONADIO; TSUNECHIRO; ARAÚJO, 2014a).

A mulher em idade avançada pode sofrer essas consequências de forma mais exacerbada. Estudo aponta que a gestação tardia está associada com maior aumento de peso, pois o metabolismo da mulher ao longo dos anos se modifica naturalmente e a gravidez potencializa essas alterações. A prevalência de obesidade aumenta com a idade e 41% das mulheres gestantes em idade avançada estão acima do peso, assim como 15% são obesas. (LAMPINEN; VEHVILÄINEN-JULKUNEN; KANKKUNEN, 2009).

A sensação de cansaço não se limita somente ao período gravídico, após o parto se inicia uma nova rotina de vida que exige energia física para que seja desempenhada com sucesso. Há relatos de que as mulheres mais velhas experienciam limitações físicas devido à idade durante os cuidados com o bebê. A falta de recomposição física por meio do sono e os cuidados com o bebê em concomitância com os afazeres domésticos acabam por sobrecarregar a mulher e torná-la mais exausta. (MORI et al., 2014).

Um dos fatores importantes para o desenvolvimento saudável da gestação é a qualidade de vida da gestante, sabe-se que o estilo de vida influencia as manifestações físicas e mentais do corpo feminino. (CASTELO e SILVA et al., 2015).

Um estudo realizado na Colômbia com 1.215 mulheres mostra que a idade da mulher também interfere em sua qualidade de vida. Nesse estudo se observou que existe um aumento de problemas cardíacos, transtornos de sono, estado de ânimo depressivo, irritabilidade, ansiedade, cansaço físico e mental durante o período de

pré-menopausa à perimenopausa. (MONTERROSA CASTRO; PATERNINA CAIDEDO; ROMERO PEREZ, 2011).

O papel da enfermagem nesse contexto deve estar ligado às orientações relacionadas à qualidade de vida da mulher. A realização frequente de exercícios físicos, a alimentação balanceada, cuidados no dia a dia relacionados com esforço físico exagerado. Essas e outras orientações podem auxiliar na melhoria de sintomas que tornam a gestação desconfortável. Ressalta-se que ações educativas realizadas durante o pré-natal devem ser em conjunto com a equipe multiprofissional para que os objetivos almejados pelo cuidado integral sejam realmente alcançados. (TSUNECHIRO; BONADIO; ARAÚJO, 2014b).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo proporcionou conhecer a vivência da mulher gestante em idade avançada, em que o objetivo inicial foi alcançado, ao passo que os relatos expostos mostram diversos aspectos experienciados que podem ser utilizados como subsídios para o cuidado de enfermagem às mulheres que gestam nessa idade.

A vivência se mostrou complexa, permeada por sentimentos tanto positivos quanto negativos. Percebe-se que em muitos momentos as categorias se encontram e seus temas perpassam por questões intimamente ligadas.

A mulher, em sua vivência, tem o medo distribuído em várias facetas. A primeira, citada por elas, foi o medo de encontrar algum problema no decorrer e no desfecho da gestação, como o medo de perder o bebê, embora afirmem se sentirem seguras em um acompanhamento de risco por perceberem que terão melhor assistência caso haja alguma intercorrência.

Outra faceta do medo encontrada neste estudo foi a menção ao parto, relatando que por experiências anteriores desagradáveis com a via de parto normal, temem reviver tudo novamente. Além disso, há nos discursos a descrença em seus próprios corpos, quando dizem que devido à idade não acreditam poder parir naturalmente.

Ainda em relação ao medo, há referência ao receio sobre a saúde da criança, que ela não seja perfeita, ou seja, que apresente alguma deficiência ou não seja saudável. Os dados apontam que essas mulheres carecem de apoio emocional além de orientações sobre as questões apresentadas. Elas sentem medo justamente por estarem no alto risco, e saberem popularmente, que quem é atendida nesses serviços tem algum tipo de sofrimento em relação à gestação. É necessário desmitificar esse pensamento, pois muito do que foi visto aqui, os “sofrimentos” apresentados são ou parte do imaginário, ou estão relacionados ao corpo como o desgaste físico, comum em todas as gestações.

A enfermeira, nesse sentido, pode oferecer consultas de enfermagem ao longo do período de acompanhamento pré-natal no serviço de alto risco, pois o estudo revelou que há espaço para a atuação na área em foco. No entanto, a enfermagem não deve se preocupar somente com as questões biológicas e fisiológicas, mas ao entender que o cuidado em sua essência prevê a abrangência



de outros aspectos que envolvem a vida das mulheres, é notório que há a necessidade de voltar o olhar para as queixas não físicas das gestantes em idade avançada.

A questão do medo do parto e da descrença na naturalidade dos corpos em parir é um objeto para ser explorado de várias formas durante um aconselhamento ou uma consulta de enfermagem. Sabidamente o parto vaginal tem muito mais benefícios para a mulher e para o bebê do que a cesárea, e não raro, as mulheres não têm esse conhecimento. Vale lembrar que não é por ser uma gestação de alto risco e muito menos devido à idade da gestante que ela não pode realizar um parto vaginal. Essas questões precisam ser estimuladas e melhor informadas durante o pré-natal.

Em contrapartida, ao mesmo tempo em que têm medo, mostram felicidade e alegria frente à gestação, seja ela planejada ou não, e têm como consolo para suas preocupações, dúvidas e receios, muitas vezes, a questão da fé no divino e na religiosidade.

Na questão da religiosidade, pareceu que a falta de planejamento familiar foi, de certa forma, explicada como uma “bênção de Deus”, algo que foge do controle do ser humano. Logo, percebe-se uma fuga da responsabilização pelo não uso ou mau uso dos métodos contraceptivos.

A despeito do planejamento familiar ausente em alguns relatos, houve gestações planejadas por essas mulheres, principalmente aquelas que estavam vivenciando um relacionamento em que ela e o parceiro ainda não tinham frutos dessa relação. Nesse sentido, esses dados corroboram estudos que trazem como um dos principais motivos para planejar ter filhos após os 35 anos a busca por um companheiro adequado.

Ainda a respeito do planejamento familiar, um dado mostrou-se interessante quando se percebeu que todas as mulheres com 40 anos ou mais relataram não ter planejado a gestação. Nos discursos aparece a menção sobre a impossibilidade de engravidar devido à idade avançada e isso pode trazer a reflexão sobre a deficiência de informações e orientações que a enfermagem está dispensando às mulheres nessa faixa etária em relação a sua saúde reprodutiva. Atualmente, as mulheres estão muito mais livres para exercerem sua sexualidade. Ter uma vida sexual e reprodutiva ativas não é mais privilégio somente de mulheres jovens. Por isso, os

dados mostram uma relação importante entre certo período da vida reprodutiva da mulher que parece ficar sem assistência.

Apesar de algumas questões apresentadas serem semelhantes com gestações em qualquer idade, como as mudanças no corpo, o cansaço e as dores próprias do período gravídico, a questão da maturidade nas mulheres em idade avançada foi valorizada como um fator facilitador na gestação tardia. Pode-se inferir que a maturidade é um diferencial das gestantes mais velhas, mais ainda, um fator de proteção importante para a saúde física e psicológica da gestante idosa, pois o amadurecimento pode trazer consigo melhor adesão aos cuidados oferecidos pelos profissionais da saúde. Além do mais, estar inserida em um sistema de pré-natal de alto risco exige que alguns cuidados sejam redobrados.

Nesse sentido, ainda que estejam assistidas por um serviço de alto risco, as mulheres não se sentiam em risco. Percebe-se que elas sabem o motivo pelo qual estão em acompanhamento de risco, porém a compreensão de todos os fatores que envolvem uma gestação de risco tem versões diferentes para o profissional e para a paciente. O caráter biomédico que avalia e segmenta quem é de risco habitual e quem é de alto risco considera o risco objetivo, biológico e pressupõe que pode ocorrer alguma intercorrência naquela gestação devido àquela mulher preencher algum requisito relacionado às orientações previstas pelo MS.

Para a mulher, essa vivência tem outro teor, outra percepção. Devido à ausência de sinais e sintomas de algum risco, há uma visão subjetiva que também leva em conta as crenças, os valores e o meio social em que essa mulher está inserida. A reflexão que daqui se pode extrair é a de que há a necessidade de que a primeira avaliação considere que um pré-natal de alto risco traz consequências estressoras para a mulher e sua família. Por isso, tachar e levar um acompanhamento de alto risco até o parto, se a mulher não apresentou durante o percurso nenhuma evidência de que teria de fato uma complicação, há de somente causar sofrimento, ansiedade e medo nessa gestante, por isso há necessidade de que essa avaliação seja individual e não somente parte de um coletivo de normas.

Ainda nessa perspectiva, atualmente, com o desenvolvimento da ciência e das tecnologias diagnósticas, há uma melhoria na avaliação das gestações de alto risco. Exames complementares e equipamentos de alta tecnologia, aliados a uma boa adesão da gestante e orientações efetivas dos profissionais da saúde são formas de minimizar os riscos provenientes de gestações de alto risco e capazes de

sustentar decisões e condutas clínicas. Desse modo, pode-se realizar uma avaliação minuciosa e pormenorizada que vai além da expectativa de “dar algo errado”.

A enfermeira tem respaldo legal para realizar acompanhamento pré-natal integral para gestantes de risco habitual na atenção básica de saúde. No pré-natal de alto risco, como as gestantes demandam de tecnologias diferenciadas, o médico torna-se o principal ator de saúde nesse cenário. Porém, intercaladas com as consultas médicas, poder-se-ia integrar, juntamente com a equipe multiprofissional, consultas de enfermagem individualizadas e direcionadas para as mulheres em idade avançada, com enfermeiras obstétricas competentes para avaliar a cada consulta o desenvolvimento dessa gestação. Dessa forma, pensa-se na organização de um serviço ambulatorial multiprofissional que atenda às necessidades das mulheres com gestações tardias, podendo ser estendido a toda a população de gestantes de alto risco.

A respeito das limitações, ressalta-se que o presente estudo foi realizado em um hospital público de grande porte e referência para todo o Estado do Paraná. Por ser um hospital em que a totalidade dos atendimentos é realizada pelo SUS, e tendo como principal público pessoas e famílias de baixa renda entende-se que algumas características muito citadas na literatura internacional não foram encontradas nessas mulheres.

A escolaridade mediana, a renda mensal aproximada de até 3 salários mínimos e o não planejamento familiar vão de encontro ao que estudos mostram em países desenvolvidos sobre a gestação em idade avançada. Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros possam ser realizados com mulheres em outros ambientes de acompanhamento pré-natal para comparar as vivências em outros níveis sociais e econômicos. Logo, o estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas e publicações nesse aspecto.

Outra limitação pode ser ao grande comparativo que se faz com a literatura internacional, pois embora no Brasil hajam estudos voltados ao tema, estes são ainda muito escassos e, por vezes, não suprem algumas discussões necessárias apresentadas aqui.

O estudo traz questões importantes que devem ser consideradas no cuidado à gestante de 35 anos ou mais. Ainda, pode e deve ser estendido às mulheres não gestantes que estão nessa faixa etária, pois se evidenciou que a falta de planejamento familiar pode ser advinda de uma lacuna de cuidados e orientações

das mulheres nessa idade. Sugere-se que a enfermagem volte o seu olhar para as gestantes de idade avançada e estabeleça cuidados condizentes com as suas necessidades específicas.

Cumpre ainda dizer que a vivência é algo inerente ao ser humano e singular em cada realidade que está inserida. A mulher que gesta pela primeira vez aos 35 anos vivencia um momento de emoções particular dessa gestação. Por outro lado, aquela que teve a experiência de outras gestações passa por outra vivência. E, embora umas apresentem experiências e outras não, o que importou e o que impulsionou o presente estudo foi conhecer a vivência única de cada gestante nesta gestação, independente de já ter vivido essa situação e experiência anterior.

Portanto, as mulheres desta pesquisa tiveram suas gestações em idade tardia envolvidas no **medo** e na **preocupação**, no entanto essas condições não impediram que elas vivenciassem a gestação com **alegria** e **felicidade**. Nessa seara, **Deus** esteve presente para confortar essas mulheres, assim como a **família** e o **marido/companheiro**, um apoio nesse momento. E, embora o **planejamento** da gestação não estivesse em todas as falas e algumas **não aceitassem** a gestação, outras referiram que foi algo **maravilhoso** enviado por **Deus**.

A **maturidade** apareceu como uma facilidade para as mulheres que engravidam mais **velhas**, e por isso elas acreditam que terão mais **responsabilidade** no papel de mãe, terão mais **paciência** e **experiência** de vida para criar um **filho**.

Apesar de vivenciar um pré-natal de **alto risco**, algumas gestantes não se sentiam em **risco**, pois os exames foram normais. Pelo contrário, sentiam-se **seguras** realizando o acompanhamento pela instituição. No entanto, a vivência também apresentou **dificuldades** relacionadas principalmente com as **modificações** no organismo como **cansaço** e **dores** no corpo.

A vivência é um fenômeno singular e pode ser uma fonte inesgotável de estudos, pois há muitos aspectos para serem explorados. Entende-se que neste estudo o objetivo foi alcançado, porém há a consciência de que, por ser um fenômeno subjetivo e influenciado por muitos fatores, pode ser explorado em diferentes cenários para que o conhecimento na temática das gestantes em idade avançada seja cada vez mais amplo. Desse modo, espera-se que esta pesquisa sirva de subsídio para as ações dos profissionais da saúde, principalmente de

enfermeiras, além de influenciar e direcionar políticas públicas que englobem as mulheres que gestam na faixa etária tardia.

Esta pesquisa, sobretudo, pode subsidiar recomendações para que haja uma (re)organização de um serviço ambulatorial para gestantes de alto risco, cuja inserção é de referência loco regional e estadual. Portanto, contribui grandemente com a qualificação deste serviço mediante incremento de ações e atividades de cuidado que devem ser promovidas pela enfermeira.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALDRIGHI, J. D. et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, V. 50, n. 3, p. 509-18.

Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt\\_0080-6234-reeusp-50-03-0512.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0512.pdf) Acesso em: 20/08/2016

BALLONE, G. J. **Gravidez depois dos 35 anos**. In: PsiquiWeb. 2011. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=346> Acesso em: 26/08/2016

BAYRAMPOUR, H. et al. Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, p.100-13, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-12-100.pdf> Acesso em 15/06/2015.

BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A.; ARAÚJO, E. F. P. **Gestação**. In: Fonseca, A. S.; Janicas, R. C. S. V. (Org). Saúde Materna e Neonatal. São Paulo (SP): Martinari, 2014a. 252 p.

BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A.; ARAÚJO, E. F. P. **Assistência de Enfermagem à gestante e família**. In: Fonseca, A. S.; Janicas, R. C. S. V. (Org). Saúde Materna e Neonatal. São Paulo (SP): Martinari, 2014b. 252 p.

BORGES, A. L. V. et al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. spe2, p. 1679-84, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/07.pdf> Acesso em 25/08/2016

BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n. 2, p. 397-403, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a13.pdf> Acesso em 26/08/2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf) Acesso em 23/09/2015.

BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm) Acesso em 28/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à

mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf) Acesso em 16/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso em 16/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1067, de 4 de julho de 2005**. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm> Acesso em 23/09/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf) Acesso em: 21/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde das mulheres: princípios e diretrizes**. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 82 p. 2011a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf) Acesso em 20/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha instituída no SUS**. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acesso em 23/09/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf) Acesso em 16/01/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf) Acesso em 23/09/2015.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional**

de Saúde, Brasília, DF, 12 Dez 2012c. Disponível em:  
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 27/08/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez\\_parto\\_nascimento\\_saude\\_qualidade.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf) Acesso em 28/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais sobre Saúde da Mulher**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/> Acesso em 15/06/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde (TABNET). **Nascidos vivos 1994-2013**. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> Acesso em 18/09/2016.

BUDDS, K.; LOCKE, A., BURR, V. “For some people it isn’t a choice, it’s just how it happens”: Accounts of “delayed” motherhood among middle-class women in the UK. **Fem. Psychol.**, v. 26, n. 2, p. 170-87, 2016. Disponível em: doi:  
<http://10.1177/0959353516639615> Acesso em: 25/09/2016

CAETANO, L. C.; NETTO, L.; MANDUCA, J. N. L. Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **REME rev. min. enferm.**, v. 15, n. 4, p. 579-87, 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/detalhes/73> Acesso em: 10/09/2016.

CALDAS, D. B. et al. Atendimento psicológico no pré-natal de alto risco: a construção de um serviço. **Psicol Hosp**, v. 11, n. 1, p. 66-87, 2013. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a05.pdf> Acesso em 10/07/2016

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol**, v. 21, n. 2, p. 513-18, 2013a. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf> Acesso em 18/05/15.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013b. Disponível em:  
<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais> Acesso em 18/05/15.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em:  
[http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf) Acesso em 10/05/2016



CAROLAN, M. "Doing it properly": the experience of first mothering over 35 years. *Health Care Women Int*, v. 26, n. 9, p. 764-87, 2005. doi: <http://10.1080/07399330500230987> Acesso em: 10/09/2016.

CAROLAN, M. C. Towards understanding the concept of risk for pregnant women: some nursing and midwifery implications. *J Clin Nurs*, v.18, n. 5, p. 652-8, 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02480.x/epdf> Acesso em 23/09/2015.

CASTELO E SILVA, H. M. C. et al. Physiological and social aspects associated with chromosomal abnormalities and congenital malformations in pregnancies perimenopausal. *Rev Enferm UFPI*, v. 4, n. 1, p. 61-7, 2015. Disponível em: Acesso em 24/08/2016

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução Cofen n. 516 de 24 de junho de 2016**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília: Cofen, 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html) Acesso em 12/10/2016.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3.ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta paul. Enferm*, v. 20, n. 1, p. 69-74, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf> Acesso em 26/08/2016

EDWARDS, L. D. Adaptação à paternidade/maternidade. In: LOWDERMILK, D. L. **O cuidado de enfermagem materna**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p. 457-495.

EL HAKIM, S. et al. **Saúde reprodutiva, concepção, anticoncepção e infertilidade**. In: Fonseca, A. S.; Janicas, R. C. S. V. (Org). *Saúde Materna e Neonatal*. São Paulo (SP): Martinari, 2014. 252 p.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de Reestruturação Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral**. Universidade Federal do Paraná, maio de 2014. Disponível em: [http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/plano\\_de\\_reestruturacao\\_ufpr.pdf/fda0236c-20b3-4664-8a53-2e04fae7b9d9](http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/plano_de_reestruturacao_ufpr.pdf/fda0236c-20b3-4664-8a53-2e04fae7b9d9) Acesso em 13/10/15.

FERREIRA, I. S. et al. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. *Rev Rene*, v. 17, n. 3, p. 318–23, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3444/2680> Acesso em 21/09/2016.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf> Acesso em 12/06/2015.

GABANI, F. L.; SANT'ANNA, F. H. M.; ANDRADE, S. M. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 2, p. 205-13, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6903/6067> Acesso em 20/03/2015.

GAMBOA, K. B. et al. Aspectos epidemiológicos asociados a alteraciones del desarrollo em embarazadas añosas. **AMC**, v. 14, n. 2, p. 0-0, 2010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n2/amc150210.pdf> Acesso em: 25/03/2015. .

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, A. G. et al. Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. **Interação psicol**, v. 12, n. 1, p. 99-106, 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/5242/9214> Acesso em 20/08/2016

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**, v. 40, n. 5, p. 275-79, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf> Acesso em 25/03/2015.

GRAVENA, A. A. F. et al. Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 15-21, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a02.pdf> Acesso em: 25/03/2015 .

GUEDES, M. M. **Nascimento do primeiro filho em idade materna avançada: percursos conducentes à sua ocorrência e adaptação dos casais nos primeiros seis meses de vida do bebé**. 332 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Coimbra, 2014. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27775/1/Primeiro%20filho%20em%20idade%20materna%20avan%C3%A7ada.pdf> Acesso em: 18/10/2015.

GUEDES, M. et al. Uma abordagem qualitativa às motivações positivas e negativas para a parentalidade. **Aná. Psicológica**, v. 29, n. 4, p. 535-51, 2011. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/102/pdf> Acesso em: 25/08/2016

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Complexo HC. **A história do HC**. 22 de julho de 2014. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=content/historia-do-hc> Acesso em: 18/10/15.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Complexo HC. **UAMB - Unidade de Gestão Ambulatorial**. 13 de novembro de 2013. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=content/uamb-unidade-de-ambulat%C3%B3rios> Acesso em 13/10/15.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Série Estudos e análises. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> Acesso em 24/09/2015.

JOHNSON, J.; TOUGH, S. Delayed child-bearing. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 34, n. 1, p. 80-93, 2012. Disponível em: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui271CO1201E.pdf> Acesso em 24/09/2015.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In: Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro, 2014, Duque de Caxias, RJ. **Anais...** Duque de Caxias: Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza Herdy" - UNIGRANRIO, 2014. p. 37-54. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0Bx09a4dcdTI6Y1czRIJlVI9VcHM/view> Acesso em 20/08/2015.

KINSEY, C. et al. Effect of previous miscarriage on the maternal birth experience in the First Baby Study. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 42, n. 4, p. 442-50, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3817222/pdf/nihms515674.pdf> Acesso em: 16/07/2016

LAHLOU, S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. **Pap. soc. Represent., Threads discuss. (Online)**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2012. Disponível em: [http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20\\_39.pdf](http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf) Acesso em 20/08/2015.

LAMPINEN, R.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; KANKKUNEN, P. A review of pregnancy in women over 35 years of age. **Open Nurs J**, n. 3, p. 33-8, 2009. doi: <http://10.2174/1874434600903010033> Acesso em 12/07/2016

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol. estud.**, v. 19, n. 1, p. 115-24, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/12.pdf> Acesso em: 21/09/2016.

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas psicol**, v. 22, n. 4, p. 917-28, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a18.pdf> Acesso em: 18/07/2016

LUCIANO, M. P.; SILVA, E. F.; CECCHETTO, F. H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. **Revista enfermagem UFPE Online**, v. 5, n. 5, p. 1261-266, 2011. Disponível em: [https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/30770/mod\\_resource/content/1/artigo%20enfermagem%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o%20de%20alto%20risco.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/30770/mod_resource/content/1/artigo%20enfermagem%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o%20de%20alto%20risco.pdf) Acesso em 20/06/2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf> Acesso em 23/09/2015.

MICHAELIS, Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=RQj5p> Acesso em 10/10/2016.

MONTERROSA CASTRO, A.; PATERNINA CAIDEDO, A.; ROMERO PEREZ, I. La calidad de vida de las mujeres em edad media varía según el estado menopáusico. **Iatreia**, v. 24, n. 2, p. 136-45, 2011. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/9599/8843> Acesso em 24/08/2016

MORI, E. et al. Postpartum experiences of older Japanese primiparas during the first month after childbirth. **Int J Nurs Pract**, v. 20, Suppl 1, p. 20-31, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12246/full> Acesso em: 16/08/2016

NELSON, A. M. A qualitative study of older first-time mothering in the first year. **J Pediatr Health Care**, v. 18, n. 6, p. 284-91, 2004. doi: <http://10.1016/S0891524504000896> Acesso em: 25/07/2016

NETO, E. T. S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.**, v. 17, n. 2, p. 107-19, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf> Acesso em 23/09/2015.

NILSEN, A. B. et al. Characteristics of women who are pregnant with their first baby at an advanced age. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 91, n. 3, p. 353-62, 2012. doi: <http://10.1111/j.1600-0412.2011.01335.x> Acesso em: 19/07/2016

NILSSON, C. et al. Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. **Women Birth**, v. 25, n. 3, p. 114-21, 2012. doi: <http://10.1016/j.wombi.2011.06.001> Acesso em 15/07/2016

NOGUEIRA, J. R. D. F.; FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. **Rev. Enf. Ref**, v. ser III, n. 8, p. 57-66, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a06.pdf> Acesso em: 21/09/2016

OJULE, J. D.; IBE, V. C.; FIEBAI, P. O. Pregnancy outcome in elderly primigravidae. **Ann Afr Med**, v. 10, p. 204-8, 2011. Disponível em: <http://www.annalsafrmed.org/article.asp?issn=1596-3519;year=2011;volume=10;issue=3;spage=204;epage=208;aulast=Ojule> Acesso em 20/03/2015.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 93-101,

2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf> Acesso em 07/10/2015.

OLIVEIRA, R. B. et al. Gravidez após os 35 anos: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. **Corpus Sci**, v. 7, n. 2, p. 99-112, 2011. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/134/103> Acesso em 20/08/2016

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência da gestação de alto risco. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 103-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/15.pdf> Acesso em 18/07/2016

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F.; PENNA, C. M. M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Rev Rene**, v. 12, n. 1, p. 49-56, 2011. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1\\_pdf/a07v12n1.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf) Acesso em 18/07/2016

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 385-92, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a21> Acesso em 20/03/2015.

PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE (PNDS) 1996. Publicado em Mar 1997. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf> Acesso em 21/03/2015.

PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER (PNDS) 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio\\_final\\_PNDS2006\\_04julho2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf) Acesso em 15/12/2015

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf> Acesso em 28/03/2015.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUEVEDO, M. P. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. 2010. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi: <http://10.11606/T.6.2010.tde-14052010-082745> Acesso em: 25/08/2016

REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. **Psi InFormação**, v. 16, n. 16, p. 45-69, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf> Acesso em: 20/09/2016.



ROBLES, A. F. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis**, v. 25, n. 1, p. 139-69, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00139.pdf> Acesso em 10/07/2016

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **News:** RCOG statement on later maternal age. 15 June 2009. <https://www.rcog.org.uk/en/news/rcog-statement-on-later-maternal-age/> Disponível em: Acesso em 24/09/2015.

SALEM, K.B. et al. Caracteristiques epidemiologiques et chronologiques des parturientes aux ages extremes dans la région de Monastir entre 1994-2003. **La Tunisie Médicale**, v. 88, n. 8, p. 563-8, 2010. Disponível em: <http://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie.php?article=1392> Acesso em 23/09/2015.

SANTOS, G.H.N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf> Acesso em 20/02/2015.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf> Acesso em 07/10/2015.

SUTCLIFFE, A. G. et al. The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. **BMJ**, v. 345, 2012. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/345/bmj.e516.full.pdf> Acesso em: 20/07/2016

TORLONI, M. R. et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 13, 2013. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-78> Acesso em: 21/09/2016

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. bras. enferm**, v. 67, n. 2, p. 282-9, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf> Acesso em: 18/07/2016

WALL, M. L. **Características da proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis**. 142 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/Tese%20Marilene%20Wall%202008.pdf> Acesso em 15/10/15.

WANG, L. et al. Patterns and Associated Factors of Caesarean Delivery Intention among Expectant Mothers in China: Implications from the Implementation of China's

New National Two-Child Policy. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, n. 7, p. 686-97, 2016. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/7/686/htm>  
Acesso em: 21/09/2016

WILHELM, L. A. et al. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. **OBJN**, v. 14, n. 3, p. 284-93, 2015. Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206/pdf\\_866](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206/pdf_866) Acesso em 20/07/2016.

YU-O YANG; PEDEN-MCALPINE, C.; CHUNG-HEY CHEN. A qualitative study of the experiences of Taiwanese women having their first baby after the age of 35 years. **Midwifery**, v. 23, n. 4, p. 343-9, 2007. doi: <http://10.1016/j.midw.2006.03.009> Acesso em: 10/09/2016.

## APÊNDICES

APÊNDICE 1	IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE E QUESTÕES	
–	OBJETIVAS.....	102
APÊNDICE 2	ROTEIRO DE	
–.	ENTREVISTA.....	105
APÊNDICE 3	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	106
–		



## APÊNDICE 1 – IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE E QUESTÕES OBJETIVAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
Pesquisa: **A vivência da gestação em idade materna avançada**  
**Pesquisador responsável:** Enfª Profª Drª Marilene Loewen Wall (41)9615-7260  
**Mestranda:** Enfª Juliane Dias Aldrichi (41)9188-7411  
**Local da coleta de dados:** Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do Hospital de Clínicas da UFPR

Data da coleta: ____/____/____	Coletador: _____ CPF: _____	Nº do instrumento: _____
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS</b>		
<b>PRONTUÁRIO:</b> _____		
<b>Eu vou iniciar esta conversa fazendo algumas perguntas a respeito dos seus dados pessoais.</b>		
Nome da gestante		
Data de nascimento		____/____/____
Idade	<input type="checkbox"/> 35 a 39 anos <input type="checkbox"/> 40 a 44 anos <input type="checkbox"/> 45 a 49 anos <input type="checkbox"/> ≥ 50 anos	
Município de residência	<input type="checkbox"/> Curitiba/PR <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada	
Qual o seu estado civil?	<input type="checkbox"/> Convive com companheiro e filho(s) <input type="checkbox"/> Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos <input type="checkbox"/> Convive com companheiro, com filho(s) e/ou outros familiares <input type="checkbox"/> Convive com familiar(es), sem companheiro <input type="checkbox"/> Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais <input type="checkbox"/> Vive só	
Qual a sua escolaridade?	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> Educação Superior incompleta <input type="checkbox"/> Educação Superior completa	
Qual a sua renda familiar?	<input type="checkbox"/> < que 1 SM* (< R\$ 788,00) <input type="checkbox"/> 1 a 3 SM (R\$ 788,00 e R\$ 2.364,00) <input type="checkbox"/> > que 3 SM (> que R\$ 2.364,00)	
Quantas pessoas vivem com essa renda [incluindo você]?	<input type="checkbox"/> 2 pessoas <input type="checkbox"/> 3 pessoas <input type="checkbox"/> 4 pessoas <input type="checkbox"/> 5 pessoas <input type="checkbox"/> 6 ou mais pessoas	
Qual o seu trabalho?	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Sem carteira de trabalho assinada. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Com carteira de trabalho assinada. Qual? _____	

\*Salário Mínimo Federal vigente desde 01/2015

**DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL****As perguntas que farei a partir de agora estão relacionadas à gravidez atual.**

DUM		__/__/____	
DPP		__/__/____	
Altura		_____cm	
Peso		_____g	
Idade gestacional		_____semanas e _____dias	
Início do pré-natal		1 ( ) 1º trimestre (antes do 4º mês de gestação) 2 ( ) 2º trimestre (4º ao 6º mês de gestação) 3 ( ) 3º trimestre (7º ao 9º mês de gestação)	
Tipo de gestação		1 ( ) Única 2 ( ) Gemelar 3 ( ) Tripla ou mais	
Quantas consultas realizadas no HC (incluindo a de hoje)		_____consultas	
Participa de alguma atividade educativa?		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
Teve alguma complicação nesta gestação		1 ( ) Nenhuma 2 ( ) Pré-eclâmpsia 3 ( ) Eclâmpsia 4 ( ) Diabetes gestacional 5 ( ) Trabalho de Parto Prematuro 6 ( ) Placenta Prévia 7 ( ) Hemorragias 8 ( ) CIUR 9 ( ) Outros: _____	
Recebeu orientação sobre sua gestação ser de alto risco durante esse pré-natal		1 ( ) Sim. Por quem? _____ 2 ( ) Não	
Tipo de parto pretendido		1 ( ) Vaginal 2 ( ) Cesárea	
Gestação planejada		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
Gestação desejada		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
Pretende ter outros filhos?		1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) Não se aplica	
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>			
Você tem outros filhos antes desse?		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
Quantos filhos você teve antes desse [que nasceram vivos]?		1 ( ) Um 2 ( ) Dois 3 ( ) Três 4 ( ) Quatro 5 ( ) Mais de quatro 6 ( ) Não se aplica	
Há quanto tempo atrás você teve seu <u>último</u> filho?		1 ( ) Menos de 1 ano 2 ( ) 1 a 5 anos 3 ( ) 5 a 10 anos 4 ( ) Mais de 10 anos 5 ( ) Não se aplica	
Você tinha alguma doença antes de ficar grávida?		1 ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2 ( ) Não	
Você teve algum problema de saúde durante a(s) gestação(ões) anterior(es)?		1 ( ) Nenhum 2 ( ) Pré-eclâmpsia 3 ( ) Diabetes gestacional	

	4 ( ) Trabalho de Parto Prematuro 5 ( ) Placenta Prévia 6 ( ) Ameaça de Aborto 7 ( ) Outros: _____ 8 ( ) Não se aplica	
--	--	--

Fonte: Adaptado do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Ministério da Saúde.

## APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: **A vivência da gestação em idade materna avançada**

**Pesquisador responsável:** Enfª Profª Drª Marilene Loewen Wall (41)9615-7260

**Mestranda:** Enfª Juliane Dias Aldrichi (41)9188-7411

**Local da coleta de dados:** Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do Hospital de Clínicas da UFPR

Data da entrevista: ____/____/____	Nome da gestante:_____
Hora início: Hora término:	Nº do instrumento quantitativo:_____

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

Pergunta norteadora: Fale-me sobre a sua vivência nessa gestação.

1. Como você se sentiu ao descobrir que estava grávida?
2. Como está sendo a atual gestação para você?
3. Como foi a decisão de ficar grávida?
4. Como você lidou ao saber que sua gestação era de alto risco?
5. Como você classifica seu estado de saúde na gestação atual?
6. Você vê facilidades ou dificuldades nessa gestação? Ou as duas coisas? Como você descreve essas facilidades e/ou dificuldades.
7. Quais diferenças você percebe entre o pré-natal dessa gestação e o da(s) anterior(es)? (Se for o caso de multigesta).
8. Quais as modificações mais importantes que aconteceram com seu corpo/comportamento durante essa gestação?
9. Quais mudanças essa gestação trouxe para sua vida?
10. Há algo que não foi abordado que você gostaria de falar?



## APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da  
Educação



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Profa Dra Marilene Loewen Wall e Mestranda Juliane Dias Aldrighi, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, gestante com idade maior ou igual a 35 anos que realiza pré-natal no Ambulatório de Alto Risco do HC, a participar de um estudo intitulado "Gestação após os 35 anos: vivências, obstáculos e complicações". Será realizada para compreendermos a vivência de ser gestante nesta idade.

O objetivo desta pesquisa é descrever a vivência de estar gestante em idade avançada.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um formulário com questões demográficas, econômicas, sociais, dados da gestação atual e das gestações anteriores, se houver. Também, participar de uma entrevista sobre a sua gestação atual.

Para tanto você deverá comparecer no Ambulatório, às suas consultas normais de pré-natal e se concordar em participar, responderá ao questionário e à entrevista em sala reservada, com tempo previsto de 1 (uma) hora. As entrevistas serão gravadas e utilizadas somente para esta pesquisa.

Alguns riscos podem relacionados ao estudo podem ser: cansaço e desconforto ao preencher o formulário ou relacionado ao tempo da entrevista. Caso isso ocorra, você tem a escolha de desistir da participação, sem qualquer consequência.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Compreender como é vivenciada a gestação em idade avançada; identificar desafios e complicações inseridos no cotidiano dessa gestação e seu desfecho; desencadear futuras reflexões dos profissionais da saúde para a discussão e planejamento de políticas para a promoção da saúde dessa população específica. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores Profa Enfermeira Dra Marilene Loewen Wall, telefone (41) 9615-7260, e a Enfermeira Mestranda Juliane Dias Aldrighi, telefone (41) 91887411, responsáveis por este estudo poderão ser contatados de segunda a sexta, das 8h às 17h na Direção de Enfermagem deste Hospital ou pelos e-mails [wall@ufpr.br](mailto:wall@ufpr.br) ou [juliane.aldrighi@gmail.com](mailto:juliane.aldrighi@gmail.com), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

  
MARIA JOSÉ MOCELIN  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HC/UFPR  
Matrícula 7462

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal - \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o  
TCLE \_\_\_\_\_



A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas como médico e equipe de enfermagem. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informada que serei atendida sem custos para mim se eu apresentar algum problema decorrente da pesquisa, como cansaço e desconforto.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa)  
Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_.

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

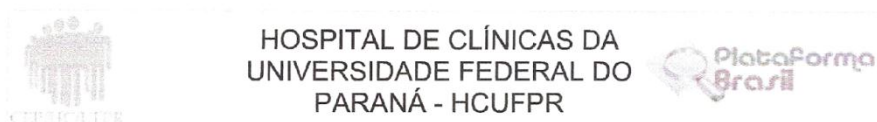
(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)  
Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_.

  
MARIA JOSÉ MOCELIN  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HC/UFPR  
Matrícula 7462

Rubricas:  
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal - \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE \_\_\_\_\_

## ANEXO

## ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Gestação após os 35 anos: vivências, obstáculos e complicações

**Pesquisador:** Marilene Loewen Wall

**Área Temática:** Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):  
(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

**Versão:** 2

**CAAE:** 46154615.7.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.155.166

**Data da Relatoria:** 20/07/2015

**Apresentação do Projeto:**

A gestação em idade materna avançada tem se tornado realidade diante das mudanças ocorridas na sociedade nas últimas décadas. Estudos mostram a relação entre idade materna avançada e complicações durante a gestação, porém são poucos os estudos que trazem uma abordagem qualitativa em relação ao assunto. Desta forma o estudo se mostra relevante.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Conhecer os aspectos demográficos, econômicos, sociais e clínicos que permeiam a gestação em idade materna avançada.

**Objetivo Secundário:**

a) identificar na literatura o estado da arte sobre a gestação em idade avançada; b) identificar fatores relacionados a complicações na gestação em idade materna avançada; c) relacionar a morbimortalidade neonatal à idade materna avançada; d) relacionar a morbimortalidade materna à

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br





## HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 1.155.166

idade da mãe; e) caracterizar as gestantes em idade avançada quanto a aspectos demográficos, econômicos e sociais; f) descrever a vivência de estar gestante em idade materna avançada;

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **Riscos:**

É possível que a gestante experimente algum risco, principalmente relacionado a cansaço e desconforto pelo tempo de aplicação do questionário. Caso aconteça, poderá cessar-se a participação no estudo, tendo ela o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

#### **Benefícios:**

Os benefícios esperados com essa pesquisa serão compreender a vivência de estar gestante em idade avançada permitirá que os profissionais de saúde desencadeiem reflexões acerca do cuidado para a discussão e planejamento de políticas públicas para a promoção da saúde dessa população específica. No entanto, nem sempre haverá benefício direto com os resultados da pesquisa, porém a gestante pode contribuir para o avanço científico.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa será quantitativa e qualitativa, do tipo descritiva com abordagem retrospectiva e prospectiva, será realizada no ambulatório de pré-natal de alto risco do hospital de clínicas da UFPR, a partir da data de aprovação até dezembro de 2018.

#### **Critério de Inclusão:**

Gestantes com idade 35 anos que estejam realizando consultas de pré-natal no Ambulatório de Alto Risco do HC; Prontuários de mulheres que tiveram seus partos com idade 35 anos a partir de 1996 até 2014; Prontuários de neonatos nascidos de mães com idade 35 anos a partir de 1996 até 2014.

#### **Critério de Exclusão:**

gestantes com idade menor de 35 anos; gestantes que apresentarem alguma limitação cognitiva e/ou mental; prontuários de partos e neonatos que antecedem o ano de 1996.

A amostra será constituída de no mínimo 20 mulheres, como sugerem Ragin e Becker (1992), que apontam ser esse o número necessário para compreender um fenômeno. Porém, se os achados começarem a repetir-se, de maneira que não haja nenhum aprendizado novo, é o momento de suspender a coleta por saturação dos dados.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br





## HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 1.155.166

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentação apresentada adequadamente.

### **Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências sanadas. projeto aprovado.

### **Situação do Parecer:**

Aprovado

### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br